

MARC-LOUIS BOURGEOIS

# ŞİZOFRENİ

KÜLTÜR KİTAPLIĞI 81 | 2. BASKI

DOST

KÜLTÜR KİTAPLIĞI: 81

D

Marc-Louis Bourgeois

Victor-Segalen – Bordeaux II Üniversitesi'nde psikiyatri profesörüdür.

Bourgeois, Marc-Louis
Şizofreni
ISBN 978-975-298-354-0 / Türkçesi: İsmail Yerguz
Mayıs 2016, Ankara, 127 sayfa
Kültür Kitaplığı: 81; Psikoloji: 8

# ŞİZOFRENİ

*Marc-Louis Bourgeois*

DOST

ISBN 978-975-298-354-0

*Les Schizophrénies*
Marc-Louis Bourgeois


Birinci baskı, Nisan 2008, Ankara
İkinci baskı, Mayıs 2016, Ankara

*Türkçesi*, İsmail Yerguz

*Teknik hazırlık*, Mehmet Dirican - DOST İTB

Erdal Akalın - Dost Kitabevi
*Sertifika No:* 12386
Paris Cad. No: 76/7, Kavaklıdere 06680 Ankara
Tel: (0.312) 435 93 70 • Faks: (0.312) 435 79 02
www.dostyayinevi.com • bilgi@dostyayinevi.com

*Baskı*, Pelin Ofset Ltd. Şti.
*Sertifika No:* 16157
İvedik Organize Sanayi Bölgesi, Matbaacılar Sitesi
1514. Sokak no: 28-30 Yenimahalle / Ankara
Tel: (0.312) 395 25 80-81 • Faks: (0.312) 395 25 84

# İÇİNDEKİLER

# GİRİŞ

Şizofreni mi şizofreniler mi? Bu soru akademik gibi gelebilir? Aslında, yüz yılı aşkın bir süredir incelenen bir hastalığın barındırdığı belirsizlikleri ve karışıklıkları göstermektedir. Biz, bu bağlamda, günümüz yazarlarının çoğu gibi çoğulu tercih ettik; birliği yapay bir biçimde sürdürülen heterojen bir grubun söz konusu olduğuna inanıyoruz çünkü. Bu konuda Fransa'da yayınlanan son önemli yapıtın (J. C. Scotto ve T. Bougcrol, 1997) başlığını izliyoruz; bundan önceki yapıtta (J. Dalery ve T. d'Amato) ise tekil biçim tercih edilmişti. Belçika konsensüs konferansıyla ilgili yapıtın başlığı ise "Şizofrenik Rahatsızlıklar"dır (M. Declercq ve J. Peuskens, 2000). Kavram olarak şizofreninin kaderi kesinlikle kaybolmaktır ama resmi sınıflandırmalar ve psikiyatri elkitapları her zaman çok önemli bir "şizofreni" bölümü (H. I. Kaplan ve B. J. Saddock'un [2000] referans nitelikli Amerikan psikiyatri elkitabının 7. baskısında çok yoğun bilgiler içeren 135 sayfa) içermektedir ve araştırmacılar bu nozografik kategoriye dayanarak çalışmalarını sürdürmektedirler.

Şizofreni "psikiyatrinin büyük muammasıdır" (P. Pichot) ve psikozların prototipidir. Psikiyatrinin temel uğraş ala-

nıdır. Gerçek anlamda tarihi 1911'de başlar. O yıl, Zürih'te, ünlü Burghölzli Üniversite Kliniği'nde çalışan İsviçreli psikiyatr Eugen Bleuler psikiyatri literatürüne ilginç bir kaderi olacak olan yeni bir sözcük sokar: *şizofreni* (ruhsal işlevlerin ayrışması). Bu sözcük giderek Alman psikiyatr Emil Kraepelin'in getirmiş olduğu ve on yıldır kullanılan "demans prekoks"un (erken bunama) yerini alacaktır. E. Bleuler *Aschaffenburg* adlı elkitabı için ayrıntılı bir bölüm kaleme almıştı: "*Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*".

Bu kavram çok büyük bir önem kazanmıştır. Öncelikle sık görülen ve önemli bir patolojiyi kapsar: akıl hastalıkları içinde en sakatlayıcı olan bu psikoz grubunun sıklık oranı genel nüfusun yüzde 1'inden fazladır. Bireyin yaşamında çok erken dönemde başlar ve özellikle yeniyetmeleri ve genç yetişkinleri etkiler. Genel olarak kişilik bozulması ve başat bir psiko-sosyal uyumsuzlukla birlikte kronik bir gelişme gösterir. Dolayısıyla, erken teşhis, uzun süreli tedavi, sosyal ve tıbbi refakat önlemleri ve aracı tedavi düzenlemeleri gerektirir.

Bu patoloji evrenseldir. Dünya Sağlık Örgütü'nün şizofreni ağırlıklı ilk büyük psikiyatri anketinin (1973) göstermiş olduğu gibi, dünyanın bütün ülkelerinde görülmüştür. Dolayısıyla, önemli bir genel sağlık sorunudur: verdiği sıkıntı ve uyumsuzlukla insani bir sorun ve birkaç yıldan beri de daha güçlü bir kuşatma altına alınan bir tıbbi-ekonomik sorun olan bu psikoz sağlık harcamalarını kemirmektedir. Sözgelimi, 1984'te şizofreninin ABD'ye maliyetinin 73,2 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir. Daha sonraki sayfalarda bu alanda sağlık ekonomisiyle ilgili öteki incelemeleri de göreceksiniz.

Öte yandan, E. Bleuler, şizofreniyle doğmakta olan psikanaliz esinli bir psikozlar kavramı getiriyordu: sözgelimi, psikopatoloji alanında yerleşen "otizm" ya da "*spaltung*" (yarılma, bölünme, çatlama). Burada, çoğu zaman psikopatolojinin botanikçisi olarak nitelenmiş bir tanımlamayı aşan bir akıl hastalıkları yaklaşımı vardı. XX. yüzyılın başında, böylece, psikiyatrik belirtileri daha iyi anlama denemesi gerçekleşiyordu. Bleuler, Kraepelin ve Freud'u bir araya getiriyordu bu deneme.

1952'ye kadar gerçek anlamda bir şizofreni tedavisi yoktu (şok tekniklerinin etkisi belirsiz ve değişkendi). Fransa'da J. Delay ve P. Deniker'in "nöroleptik" denen ilk antipsikotik ilaçları geliştirmeleriyle önemli bir aşamaya gelinmiştir. Birkaç yıldan beri de yan etkileri daha az olan ve özellikle şizofrenik rahatsızlıkların "negatif" ya da yetersizlik yaratan olumsuzlukları üstünde daha etkili oldukları sanılan yeni bir ilaç grubu geliştirilmiştir. Öte yandan, çok yoğun çalışmalar sayesinde bu hastalıkların ortaya çıkmasında etkisi bulunan faktörlerin, beyin anomalilerinin ve psiko-sosyal koşulların belirlenmesi sağlanmıştır. Sinir hastalıkları araştırmalarında ve nöropsikolojik önlemler alanında daha hassas aletlerin geliştirilmesiyle bu hastalıkların organik temelleri ve sinirsel zafiyetler daha iyi teşhis edilmekte ve yeni etiyopatojenik hipotezler getirme olanakları bulunmaktadır. Bugün en geçerli teori sinirsel-zihinsel-gelişme perspektifiyle temsil edilmektedir.

Bu kısa monografi şizofreninin yüz yılını değerlendirmekte ve klinik süreçlerin, güncel etiyopatojenik ve psikopatolojik anlayışların ve olası tedavi kaynaklarının temelini göstermeye çalışmaktadır. Özellikle üstünde

durduğumuz nokta şudur: bu nozografik modelin ortaya çıkışının, psikiyatriye girişinin hangi bağlama ve gerekliliğe denk düştüğünün, ortaya çıkışından yüz yıl sonra taşıdığı belirsizliklere ve çelişkilere rağmen niçin hâlâ varlığını sürdürdüğünün anlaşılmasına yardımcı olan tarihsel perspektif. E. Bleuler'in şizofreni tanımı üstünde önemle duruyoruz, onun yapıtı, içinde her şeyin bulunduğu en iyi klinik elkitabıdır. Ve kliniği de E. Kraepelin'in *Elkitabı*'nda önerdiği kliniğin aynısıdır.

Daha sonra, şizofreniyi Dünya Sağlık Örgütü'nün resmi kitabı *Akıl Hastalıklarının Sınıflandırılması*'nda (10. bas. *CIM-10*) anlatıldığı şekliyle, bugün bu teşhisi sağlama almak için gerekli teşhis kriterleriyle sunacağız. Bugünkü durumla ilgili olarak şu noktalar üstünde durulacaktır:

– Araştırmacıların sıkıntısı: yedi yılda bir değişen "sınıflandırmaların" ve teşhis ölçütlerinin "Babil Kulesi", boyutsal nicelendirme basamaklarının artması ve dört tip güncel yaklaşım: kategoriyel yaklaşım, boyutsal yaklaşım, kırılganlık modelleri, açıklamalı klinik.
– Klinikçilerin hastalar karşısındaki şaşkınlığı ve dağınıklığı: nasıl bir tedavi ve sorumluluk yolu izlenecektir? Yöntembilimi gitgide karmaşıklaşan ve anlaşılmaz hale gelen bu çalışmalar ne işe yarayacaktır? Ve genel sağlık alanında hastalar ve aileleri, kamuoyu ve sorumlular ve "karar mercileri"yle ilgili olarak ne düşünmek gerekir?
– Biraz da rastlantıyla bulunan, "antipsikotik" tanımlı ilaçların (etkili) ortaya çıkması bu alandaki karışıklığı daha da artırmıştır: Pasteur ve bakteriyolojiden önce ateşli hastalıklar döneminde antibiyotiklerin bulunmuş olması

gibi... Dolayısıyla, tedavi bağlamında deneycilik klinikçilerin deneyimini etkilemeye devam etmektedir.

– Birçok ülkede uzmanlardan oluşan grupların konsensüs konferansları vermesi ve izlenmesi gereken modeller üstünde çalışması.

Yanılgıya düşmeyelim: kavram tartışmalı ve yetersiz olsa da, psikotik hastaların bir kitle oluşturduğu gerçektir (Fransa'da 400.000 hasta?): bunaltıcı ve çökertici akıl hastalıkları, ağır bir psiko-sosyal handikapla marjinalleşmiş hastalar. Çoğu zaman rahatsızlıklarının bilincinde olan hastalarda yüksek bir erken ölüm oranı görülür; genel nüfusa oranla intihar riskinin şizofrenlerde on kat fazla olmasına rağmen sadece bu değildir ölüm nedeni. Sorun, bu hastaları şizofreni kategorisi içine koymanın, klinikçinin hastalığı daha iyi anlaması ve daha iyi bir tedavi yöntemi uygulaması için yeterli olup olmadığının bilinmesidir.

Gerçekten de, St.-Louis (ABD) okulundan sonra psikiyatrlar 1950-1970 yılları sapmalarına tepki olarak psikiyatrik sorunların sınıflandırılması ve tanımlanması alanına belli bir kesinlik getirmeye çalışmışlar ve bazı "teşhis kriterleri" getirmişlerdir; bu kriterler onların teşhislerini işleme koyma olanağı vermiştir, yani, böylece, özellikle bulanıklığın hüküm sürdüğü bu alana belli bir konsensüs ve ortak dil getirme olanağı bulmuşlardır. Şizofreninin buna özellikle ihtiyacı vardı. Dolayısıyla, bu hastalık şimdi sınıflandırma sistemleri ve günümüzde geçerli olan farklı psikiyatrik sınıflandırmalar içinde teşhis ölçütleriyle tanımlanmıştır: Amerikan Psikiyatri Derneği'nin (APA, 1994) *DSM*-IV'ü (*Teşhis ve İstatistik Elkitabı*, 4. bas.) ve özellikle Dünya Sağ-

lık Örgütü'nün *Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması* (10. bas. *CIM-10*); bu son çalışma Fransa'da INSERM'in (Ulusal Sağlık ve Tıbbi Araştırma Enstitüsü) çıkardığı ve 1968'den beri Sağlık Bakanlığı'nın yararlandığı *Fransız Akıl Hastalıkları Sınıflandırması*'nın yerini almıştır.

Öte yandan, tedavi alanındaki gelişmeler de çok önemlidir. Günümüzde tedavi uzmanları bir yığın farmakolojik, psikoterapik ve kurumsal ya da psiko-sosyal yöntemden yararlanmakta ve bu şizofrenileri tedavi etmek bağlamında kimi zaman kesin sonuçlar da alabilmektedirler.

I. Bölüm

# TARİH

## I. – Kraepelin ve Bleuler'den önce

Bu tip bir hastayı klinik araştırmalarında (1851-1852) ilk kez tanımlayan B. A. Morel'dir (1809-1873): "İyileşme şanslarıyla tedavi uzmanına görünen akıl hastaları. Ama dikkatli bir muayeneden sonra gelişmenin kasvetli sonucunun zekâ geriliği ve demans olduğu görülüyor." Morel, 1860'ta, *Akıl Hastalıkları Elkitabı*'nda, bu "bütün yeteneklerin bir anda yok olması" durumunu "demans prekoks" olarak adlandırmıştır. Kendisi, bu bağlamda, alınganlık, basmakalıp hareketler, tuhaf el yüz hareketleri, nihilist duygular vb. üstünde durmuştur. Dolayısıyla, hastalığın erken dönemde başlaması, çok hızlı gelişmesi ve bu gelişmenin sonunda da demansın ortaya çıkması söz konusuydu (J. Garrabé, 1992 *içinde*).

İki Alman bilimadamı, K. L. Kahlbaum (1828-1899) ve öğrencisi E. Hecker (1843-1900) 1863 yılında "hebefreni" (gençlik deliliği) adlı bir akıl hastalığından bahsetmişler-

dir: buluğ çağından sonra ortaya çıkan ve hızla demans durumuna doğru giden bir hastalıktır bu; ve 1884'te de hafif bir psikopatik durum olan "heboidofreni" adlı hastalığı bulmuşlardır. Öte yandan, K. L. Kahlbaum da "katatoni"yi saptamıştır: belirgin özelliği genelleşmiş, kesintili paradoksal heyecan durumlarıyla bir donukluk olan "gerilim" ya da "kaslarla ilgili bir delilik".

## II. – Kraepelin ve demans prekoks

Bir yüzyıl önce, Münihli büyük psikiyatr, modern nozografinin babası ve sürekli yeni baskılar yapan *Psikiyatri Elkitabı* adlı çalışması kendi alanında çok etkili olan Emil Kraepelin (1856-1926) o döneme kadar ayrı hastalıklar olarak tanımlanan birçok patolojik tabloyu bir grup içinde toplamıştır; Kraepelin bu kitabında tek bir "demans prekoks" modeli önermiştir.

P. Pichot'ya göre (1981): "Şizofreni kesin olarak 27 Kasım 1898'de ortaya çıkmıştır. O gün Heidelberg Üniversitesi psikiyatri kliniği çerçevesinde düzenlenen bir toplantıda Emil Kraepelin bir konferans (*Demans Prekoks'un Teşhisi Üstüne*) vermiş ve bu konferans metni ertesi yıl bir Alman psikiyatri dergisinde yayınlanmıştır. Bu metinde tanımlanan ilkeler 1899'da çıkardığı *Psikiyatri Elkitabı*'nın altıncı baskısında sistemleştirilmiştir ve bu çalışmada *Dementia Praecox*'a ayrılan bölüm demans prekoks'un ilk klasik tanımını içerir.

Dolayısıyla, aslında demans prekoks'un tarihi resmen 1899'da, 5. bölümü "Dementia Praecox"a ayrılmış olan *Psi-*

*kiyatri Elkitabı*'nın (*Lehrbuch*) 6. baskısıyla başlar. Kraepelin o döneme kadar ayrı ayrı tanımlanan üç sendromu tek bir özellik altında toplamıştır: 1/ Paranoid demans, 2/ katatoni ve 3/ hebefreni. Şizofreninin bu üç klinik biçimi yukarıda sözü edilen *Dünya Sağlık Örgütü*'nün (*CIM-10*) ve *Amerikan Psikiyatri Derneği*'nin (*DSM-IV*) çıkardığı kitaplarda yer almaktadır. Aynı yıl, Fransa'da, J. Christian *Gençlerin Demans Prekoksu* (1899) adlı bir kitap yayınlar.

Dolayısıyla, sınıflandırma ilkesi evrimdir: yolun sonunda hastayı demansa ya da aptallık durumuna götüren gelişmedir bu. Tersine, öteki tip psikozdan, "depresif manyak delilik"ten etkilenmiş olan hastalar tekrarlayan "duygusal" dönemler (mani ya da melankoli) yaşıyorlardı, ama bunlar son evrede yetersizlik belirtileri vermiyorlardı. İki önemli akıl hastalığını karşıtlaştıran bu çelişkili gelişme, araştırmalar bütün psikoz tiplerinde çok farklı teşhis tipleri bulunduğunu ortaya çıkarsa da, XX. yüzyıl boyunca sınıflandırıcı bir ilke olarak kabul edilmiştir.

## III. – Bleuler ve şizofreniler kliniği

Eugen Bleuler (1857-1940), yerine geçtiği A. Forel'in (1848-1931) öğrencisidir, eğitimini İsviçre, Paris (J.-M. Charcot'nun yanında), Londra ve Münih'te tamamlamış, Zürih'te profesör olmuştur. Burghölzli Üniversite Psikiyatri Kliniği dünyanın en saygın akademik merkezlerinden biriydi. K. Abraham (1877-1925), L. Binswanger (1881-1966), C. G. Jung (1875-1961), E. Minkowski (1885-1972) orada asistanlıklarını yapmışlardır Bleuler'in. O dönemde gözlem

altında tutulan hastaların büyük bölümü akıl hastanesinde yatan psikotiklerdi; dolayısıyla, bu bağlamda, önemli patolojilerin söz konusu olduğunu unutmamak gerekir. Bu arada şunu da belirtelim ki, Bleuler'in kızkardeşi şizofrendi.

Benzersiz Aschaffenburg psikiyatri elkitabının (Handbuch, 20 cilt) bir bölümü, bu alanda temel metindir. Yapıttaki E. Bleuler kaynakçasında 850 referans bulunur. Almanca sözcüklerin çevirileriyle ilgili bir sözlük de yer almaktadır yapıtta. Şizofreniyi anlamak isteyen herkes bu yapıta sahip olmalıdır.

1911 tarihli bu metinde, E.Bleuler, bu yeni şizofreni kavramını öneriyor (1908'den beri kullanılmaktadır). Bleuler öncelikle "demans prekoks" terimini eleştirmiş ve yerine "şizofreni"yi koymuştur: "Çünkü, kanıtlayabileceğimi umduğum gibi, çeşitli psişik fonksiyonların dağılması çok önemli özelliklerden biridir. Kolaylık olsun diye, bu grupta gerçekten birçok hastalık bulunmasına rağmen, tekil haliyle kullanıyorum sözcüğü." *Spaltung* (Yunanca *schizo*= bölünme, yarılma).

Bu kavram yeni değildi: Zweig (1909) *dementia dissecans*'tan ve Gross da (1904) *dementia sejonctiva*'dan söz etmiştir. 1913'te P. Chaslin de kendi "uyumsuzluk" modelini öneriyordu. Bu konuyla ilgili olarak E. Minkowski'nin (1933) söyledikleri güncelliğini korumaktadır: "Şizofreninin kliniği Bleuler'in kendisi tarafından çok etkili bir biçimde tanımlanmıştır. O zamandan beri (...) bu tanımlamada esaslı bir değişiklik yapılmamıştır." Biz, bu patolojiye her zaman en iyi giriş olan metnin temel unsurlarını vermeye çalışacağız (bu yapıtın özeti ve önerdiğimiz alıntılar GREC ve EPEL yayınları tarafından onaylanmıştır).

E. Bleuler kitabının önsözünde "psikolojinin embriyo döneminde oluşuna" ve yeni psikolojik kavramlar için terim bulunamamasına üzülüyor. Öte yandan da "psikozların durumuyla ilgili olarak yeni değerlendirmeler için psikolojik analizleri biraz aydınlatmaya" çalışıyor. Dolayısıyla, "demans prekoks'la ilgili bütün düşüncelerin Kraepelin'den geldiğini", bütün belirti tanımlamalarının da ondan geldiğini belirtiyor ama öte yandan şu saptamayı da yapıyor: "Patolojiyi daha da derinleştirme konusu çok büyük ölçüde Freud'un fikirlerinin demans prekoks'a uygulanmasından başka bir şey değildir." Ayrıca, Riklin, K. Abraham ve özellikle de C. G. Jung'dan alıntılar yapıyor. Dolayısıyla, önceki terim pek uygun olmadığından, "bu nozolojik grup için yeni bir terim bulma gibi zor bir çaba içine giriyor". "Kavramın doğduğu yer"in Kraeplin'in *Psikiyatri Elkitabı*'nın 5. baskısı (1896) olduğunu söylüyor. Aynı zamanda, E. Esquirol, B. Morel, K. L. Kahlbaum, E. Hecker, J. Seglas ve P. Chaslin gibi isimlere de gönderme yapıyor. Ona göre, "demans prekoks" ve "şizofreni" bir hastalık *grubu*dur. Kaldı ki, "bu kavramın bireyselleştirilmesi geçicidir çünkü daha sonra silmek gerekecektir onu" (bunun için kesinlikle bir yüzyıldan fazla bir zaman gerekmiştir).

"Şizofreni" sözcüğünü kısa sürede doğruluyor çünkü "en farklı psişik işlevlerin bölünmesi en önemli özelliklerden biridir". Daha önce *dementia dissecans*, *dementia sejonctiva* gibi benzer bazı fikirlerin bulunduğunu hatırlatıyor. Nihayet, "demans" sözcüğünü hiç uygun bulmuyor. Şu tanım öneriliyor: 'demans prekoks' ya da 'şizofreni' adı altında hem kronik biçimde hem de krizlerle ilerleyen bir grup psikozu belirtiyoruz, bunlar herhangi bir evrede durabilir ya

da gerileyebilirler ama kesinlikle bir *restitutio ad integrum*'a olanak vermezler. Bu grubun belirgin özelliği düşünce ve duygu bozukluğudur, dış dünyayla ilişkiler özel bir tipe bürünür ve bu tür ilişkilere bu hastalar dışında rastlamak zordur. Her durumda, psişik mekanizmada az ya da çok net bir bölünme görülür. Kişilik birliğini yitirir, düşünceler kısmen gelir akla, düşünce kırıntıları düzensiz biçimde bir araya gelir, dolayısıyla, gözlemci beklenmedik tuhaflıklar karşısında bulur kendini.

"Akıl hastaneleri dışında bir yığın şizofren vardır ve bunlarda ikincil sendromlar geri plana atılmıştır ve hiç yokturlar." "Demans prekoksu dört *alt bölüme* ayırıyoruz: *paranoid* (halüsinasyonlar ya da sayıklama halindeki düşünceler); *katatoni*; *hebefreni* (ikincil belirtiler); *basit şizofreni* (özel, temel belirtiler)."

**1. Belirtibilim (symptomatologie).** – E. Bleuler, giriş bölümünde şizofreninin karakteristik, temel belirtilerini ve başka hastalıklarda görülebilecek ikincil belirtilerini saptıyor. "Normallikle bağlantılı bütün durumlar mevcuttur. Hafif durumlar, pek belli olmayan ve gizli şizofreniler açık seçik durumlardan çok daha fazladır."

A) *Temel belirtiler* (Grundsymptome). – Bu temel belirtilere E. Bleuler ve Anglo-Saksonlar 4A diyorlar: Otizm (Autisme), Körelmiş duygulanımlar (Affects émoussés), Gevşek çağrışımlar (Associations relâchées), Karşıtlık birliği (Ambivalence); hatta N. C. Andreasen'in dikkat dağınıklığını (Attention perturbée) ve istenç yitimini de (Avolition ya da Aboulie) eklersek 6A diyebiliriz. "...Ken-

di fantezisini gerçeğin üstüne çıkararak gerçekten kopma yoluyla (otizm) çağrışımların ve duygusallığın şizofrenik sıkıntısı (...) açıklanır bunlarda." E.Bleuler "basit işlev" sıkıntıları ve "karmaşık işlev" sıkıntılarını ayırıyor.

**Basit işlevler:**

*a*) Düşünce çağrışımları: tuhaf fikirler, dolaylı ya da yinelemeli çağrışımlar, düşüncesizlik, anlamsız yinelemeler, "düşünememe durumları". Çağrışımlar tuhaf, uçuk, anlamsızdır. E. Kraepelin tarafından yaratılan "baraj" (*Sperrung*) kavramı çok önemlidir (birey birdenbire temasını, söylemini, dikkati askıya alır). Bir ketleme söz konusu değildir, "düşünmeme durumudur bu" (C. G. Jung). Bu durumun zıddı olarak bir "düşünce yığılması" da görülebilir. Nihayet, "negativizmin belirgin özelliği zıt düşüncelerin eşzamanlılığıdır".

*b*) Duygulanım: "duygusal aptallaşma" ön plandadır bu bağlamda. Hastalar yıllarca ve onyıllarca hiçbir duygulanım göstermeyebilirler. İlgisiz ya da içe kapanık tavırlar içinde, otomatlar gibi anlamsız ifadelerle akıl hastanelerinde sürünürler... Her şeye karşı ilgisizdirler. Muhafaza etme içgüdüsü sıfırdır: açlıktan ölebilirler, soğuk ya da sıcağa karşı duyarsızdırlar. Yaşanmış her şeye karşı ve hafızalarına karşı ve hatta çılgın düşüncelerine karşı duyarsızdırlar. Aşırı duygusallığın ve "depresif manyak deliliğin" hiperaktifliğinin zıddı bir durumdur bu. Öfke ve kızgınlığa varabilen bir coşku görülebilir. Nihayet, paratimi (üzücü haberlere gülmek, sebepsiz kahkahalar vb.) ve paramimi olguları da saptanabilir bu hastalarda.

c) Karşıtlık birliği: en hafif durumlarında bile çok geneldir. Aynı anda olumlu ve olumsuz duygular (duygusal

karşıtlık birliği), zıt istekler (irade ve eğilimlerde karşıtlık birliği) hissedilir; ve aynı anda görülen zıt düşüncelerle entelektüel karşıtlık birliği söz konusudur. Hastalar çoğu zaman çelişkilerin ve karşıtlık birliğinin farkına varmazlar. Başkan Schreber (Freud'un psikoz kavramını geliştirdiği ünlü klinik olay) "gündelik dil"de ödül ve cezayı, zehir ve yiyecekleri karıştırır.

*E. Bleuler'e göre, bazı basit işlevler değişmez: duyumlar ve algı, eğilim, bellek, bilinç ve sinir hücrelerinin kasları hareket ettirme özelliği (çağdaş bilişsel incelemeler bu kesinlemeyi sakatlıyorlar).*

**Karmaşık işlevler:**

*a*) Gerçek ilişkisi. Otizm. Şizofrenler "kendilerine has bir dünyada yaşarlar... Dış dünyayla ilişkileri taklit ederler". "İç yaşamın göreli ya da mutlak egemenliğiyle karışmış bu gerçeklikten kopmaya *otizm* diyoruz." E. Bleuler, Freud'un bu *oto-erotizm* kavramıyla Pierre Janet'nin *Gerçeklik Duygusunun Yitirilmesi*'ni bağlantılandırıyor ama bu da Freudçu anlayışta çok fazla karışıklık görülüyor. Gündelik yaşamın olaylarına ve başkalarına karşı ilgisiz kalır bu hastalar. Dış dünya düşman gözükür ve düşlerini bozar. Kimi zaman dış dünyaya karşı kayıtsızlık aşırı duyarlıktan kaynaklanan ikincil özellikler taşıyabilir. Hastalar çoğu zaman hareketsizdir, başlarını çevirirler, önlükleriyle ya da başlarına başka bir şey örterek duyu organlarını kapatırlar. Eskiden daha sık görülen büzülme durumu dış dünyadan olabildiğince soyutlanma iradesini gösterir. "Hastalar için otistik dünya gerçek dünya kadar bir gerçekliktir." Öte yandan, "gerçeklik halüsinasyonlar aracılığıyla da dönüşüme uğrayabilir".

*b*) Dikkat. Aktif ve pasif dikkat dağılmıştır. Basmakalıplıklarda sıklıklarına bağlı olarak bir seçim yoktur ve her şey uzun süre hafızada kalabilen en tuhaf ayrıntılarına kadar kaydedilir, buna karşılık, önemli kişisel ya da dış olaylar ihmal edilmiş gibidir.

*c*) İrade (o dönemde ruhdevimsellik [psichomotricité] ve davranış anlamına geliyordu): irade yitimi, tembellik, ihmal, direnilmez itkilerle çelişirler ya da kimi zaman belirgin özellikleri inatçılık ve direnme olan etkinliklerle harcanan büyük bir enerjiyle birlikte görülürler.

*d*) Kişilik: "Ben hiçbir zaman tam bir bütünlük içinde değildir... Bölünmelere eğilimlidir." (bkz. *aşağıda*)

*e*) Şizofrenik demans: Fransız bilimadamlarının "sahte-demans" kavramı kabul görmemiştir. "Çok ağır bir şizofrenide o zamana kadar muayeneye elverişli tüm temel işlevler potansiyel olarak korunmuştur... Bu kişiler genel olarak bütünüyle varsayımsal davranışlarda bulunurlar ama potansiyel olarak bütün aptallıkları yapabilirler (en iyicil biçimleri)." E. Bleuler, burada, entelektüel bir zaaftan söz eder ve bunu dönemlere, bağlamlara ve komplekslere göre değişebilen aptallığa yaklaştırır. Bütünüyle anlamsız yoğun ve genel düşüncelerden, gerçek gibi görülen bir sembolizmden (aşk yüzünden yanmak gerçek bir ateşle gerçek bir yanma inancı doğurabilir) söz eder. Bu bağlamda, ayrıca, "psişik değerlerin işaretlerinin kaybı"ndan da söz edilir, alınganlık genellikle azalmıştır ve bu durum dış etkileri azaltır ve özel yargıları ön plana çıkarır. (Çağrışımlardaki gevşeklik olağanüstülükleri ve sağlıklı bireylerin düşünemeyeceği şeyleri tasarlama olanağı verdiğinden yeni fikirlerin geliştirilmesi için bir avantaj olabilir:

"Her yeni hareket (...) şizofrenleri düzenli biçimde etkiler.") Çağrışımların yarattığı sıkıntı "rastlantısal cevaplar"ı, olgunlaşmamış düşünceleri, patolojik kaprisleri, saçmalıkları, hastaların en açık ve belirgin çelişkilere karşı duyarsızlığını dikkate alır. Hastalar bölünmüştür ve zihinleri parçalanmıştır. Hastalık bilincine gelince, burada şizofreninin belirgin özellikleri görülür, hastalığın en yoğun döneminde kesinlikle görülmez, ama çok eski dönemlere ait olsa da bazı durumlarda kısmi bir bilincin olabileceği görülmüştür, bu hastaların 'Ben'lerinin bir bölümü anormal bölümlerini düzenli bir biçimde yargılayabilir. Hesaplama, karmaşık oyunlara katılabilme kapasitesi çoğu zaman olumsuz etkilenmiştir, bununla birlikte kimi zaman çarpıcı başarılar da söz konusudur.

*f*) Aktivite ve davranış: ilgisizlik, hareketsizlik, amaçsızlık, uyumsuzluk, ani kaprisler, tuhaflıklar, alınganlıklar, çabuk öfkelenme... Bazı basit işlerin yapılabilmesi mümkünse de genellikle bütün mesleklerin dışlanması ama kimi zaman safahat düşkünlüğü, tembellik, serserilik, uyuşukluk, istenç yitimi... Bunlar genellikle göreli bir tehlikesizlik durumunu belirtirler. Bununla birlikte, "şizofren katillere de rastlanır sık sık". Hastalar kimi zaman reformcular, sahte şairlerdir... Bitirici itkisizlik söz konusudur... Bölünme onları gitgide tuhaflaştırır, kimi hastalar her türlü eşyayı biriktirirler, kimileri kronik bir palyaçoluk örneği sergiler. Bu bağlamda, yaygın olan, her türlü dış etkiden korunabilmek için içe kapanma, basmakalıp hareketler ya da tam bir ilgisizliktir. "Ağır şizofreni hastaları adeta düş dünyasında yaşarlar... Kimi zaman makine gibi hareket ederler... Açık seçik bir amaçları yok gibidir ya da adeta

dilsiz ve hareketsizdirler, dış dünyayla temasları en alt düzeyde ve belli belirsizdir."

B) *İkincil belirtiler.* – Bunlar ikincil de olsalar söz konusu kitapta 147 sayfalık bir yer işgal ederler. Daha sonraki teşhis sistemlerinde ön plana çıkacaklardır (Kurt Schneider, *DSM-III* ve *IV* ve *CIM-10*). Kabataslak bir biçimde güncel "pozitif belirtiler"e denk düşerler.

Duyumsal yanılgılar (hayaller ve halüsinasyonlar): hayaller ve özellikle halüsinasyonlar ağır basarlar: işitme ve bedensel duyumlarda sıkıntılar görülür ama tat alma ve koku alma halüsinasyonları da söz konusudur, görsel halüsinasyonlara pek sık rastlanmaz. "Düşüncenin sesleşmesi": hastalar düşüncelerini dinlerler, bir telefon şebekesi bütün düşüncelerini çeker, eylemleri ve düşünceleri yorumlanır. Sesler bedende ya da beden dışında yer alırlar, hastayı aşağılarlar, kehanetlerde bulunurlar vb. Bedensel duyumların halüsinasyonları çok çeşitlidir: hastaların dilini döndürür, bütün organları farklı biçimlerde etkiler. Cinsel halüsinasyonlar genellikle en sık görülen halüsinasyonlardır.

Tat alma, koku alma ve dokunma duyusuyla ilgili halüsinasyonlar ise daha önceki araştırmacılar tarafından anlatılmıştır, bunlar çok fazladır, çeşitlidir ve E. Bleuler bu konuda yığınla örnek vermiştir. Baillarger tipi, duyumsal temelleri olmayan ve kökenleri görünüşte içte bulunan psişik halüsinasyonlar da söz konusu olabilir.

Saçma düşünceler: "Arzulanan her şey ve de korkulan her şey saçma fikirlerle ifade edilebilirler": bedensel işkence ve zulüm, zehirlenme, büyüklük (çoğu zaman işkence duy-

gusuyla birleşen büyüklük kompleksi) düşünceleri, dinsellikle ilgili saplantılar, erotik özlemler, kıskançlıkla ilgili saçmalıklar (alkolik tipte görülebilir), küçüklük, yoksulluk, suçluluk duyguları, hastalık hastalığı, cinlenme, hayvana dönüşme duyguları vb. Hastalar kendilerini Tanrı, Napoléon vb sanabilirler. Ayrıca, cinsiyet değişikliği saçmalığı da söz konusudur.

Bu saçma düşünceler sık sık "çelişirler", "anlamsız bir kaos içinde" düzensizdirler. Çelişkileri ve imkânsızlıklarıyla hiçbir zaman sistemli olamazlar. Hasta çoğu zaman büyülenmiş gibidir. Bu hastalarda karakterleriyle uyumsuzluk görülür. Çoğu zaman bir istenç yitimi ve ilgisizlik egemendir onlara ama aynı zamanda sürekli yer değiştirmek isterler ve yazma ihtiyacı vb içindedirler.

"Şizofrenik saçma düşüncelerin sağlıklı bir insandaki yanılgı ya da manyakodepresif deliliğin saçma düşünceleri gibi bütünüylc elcştirilebilir olması çok kuşkuludur."

İkincil bellek hastalıkları: "belleğin işlevinde aşırılık" söz konusudur, hastalar çok fazla ayrıntı kaydederler ve esası unuturlar. Sözgelimi, ağır bir krizde, bir hasta vaize bir kutsal kitap verir. Yirmi yıl sonra ikinci bir kriz sırasında da bu kutsal kitabın alış faturasını verir.

Kişilik: "*Ben* çok farklı değişiklikler geçirebilir. Aktivite duygusu yitimi ve özellikle düşüncelerini yönlendirememe durumu esas unsurlardan yoksun bırakır onu. Çağrışım süreci alışılmamış yolları izler..." Zeki bir hastanın "kendi *Ben*'ini kısa anlar için de olsa bulabilmesi için" saatler süren yoğun psişik çabalar içinde olması gerekir. "Bireysel *ben*i yitirmişlerdir". Bir hastanın kendi bedenini kendi yanında araması gerekir. "Hastalar 'kişisizleşirler', kişilik

zaman ve mekân içinde sınırlarını yitirir. Hastalar kendilerini bir başkasıyla, hatta eşyalarla özdeşleştirebilirler."

Dil ve yazı: bazı hastalar çok konuşurlar, kelimenin tam anlamıyla hiç durmadan konuşurlar ve çok konuşmalarına rağmen çevresindekilere söyleyecek bir şeyleri yoktur. Buna karşılık, bazıları konuşmazlar, suskunluklarına tepkisizlik de eklenir. "Vurgulamanın çoğu zaman bir özelliği vardır", yetersiz, abartılı ya da yersiz vurgulamalar yapar bu hastalar. Mimikler abartılıdır, hiç yoktur ya da uyumsuzdur. Tutarsız konuşmalar, çok sık yinelenen sözcükler, uydurma sözcükler gözlemlenebilir. Düşünce tutarsızlığından farklı dil tutarsızlığı onunla çakışabilir. Şizofreni vakalarında yeni sözcükler çok ünlüdür, kimi zaman kesinlikle uydurulmuş olan bu sözcükler şiirsel özellikler de taşırlar. Yoğunlaştırma ve sıkıştırma yoluyla yeni ifadeler yaratılır, sözcükler birbirine karıştırılır, yeni dilbilgisi kuralları getirilir. "Sözcük salatası"ndan hiçbir şey anlamak mümkün değildir.

Bedensel belirtiler: çok çeşitlidir bunlar: anormal kilolar, iştah (aşırı tükürük salgılama), dışkılama rahatsızlıkları, bilinçli olarak idrar tutma ve/veya bazı maddeleri bulundurma, çeşitli yaralar, terleme, solunum sıkıntıları, aybaşı sıkıntıları. Cinsel istek azalması çok sık görülür, uyku düzensizdir çoğu zaman ve hasta ya çok uyur ya da uykusuzluk çeker. Yürüyüş ve davranış tuhaftır, hareket ettirici sinir sistemiyle tutarsızlık görülür vb.

Katatonik belirtiler: daha önce K. L. Kahlbaum'un anlattığı olgular söz konusudur burada: şaşkınlık, suskunluk, basmakalıp hareketler, özenticilik, olumsuz düşünceler, belli bir düzene göre otomatizmler, spontan otomatizmler, düşüncesizlik.

E. Bleuler, daha sonra, özenticilik, negativizmle çok fazla çelişen (bazı hastalar dışarıdan gelen etkilere içgüdüsel olarak itaat ederler), belli bir düzene göre otomatizmler ve anlamsız yinelemeler, yinelemeli otomatizmler ve zorunlu davranışlar üstünde durur. E. Bleuler, ayrıca, tutarsız, karışık nöbet durumları, öfke krizleri, her yıl gelen heyecan durumları, şaşkınlık, gezme istekleri, patolojik seyahatler ve nihayet alkolizm konularını işler.

C) *Birincil ve İkincil Belirtiler*. – Bleuler 10. bölümde ("Teori") "doğrudan doğruya patolojik süreçten gelen" birincil belirtileri (çağrışımla ilgili rahatsızlıklar) ve "hasta beynin bazı iç ve dış süreçlere tepkisi" (neredeyse tümüyle demans prekoks belirtileri) olan ikincil belirtileri karşıtlaştırıyor.

**2. Alt-gruplar.** – Gördüğümüz gibi, E. Bleuler ve E. Kraepelin'de şu tipleri buluyoruz: paranoid, katatonik, hebefrenik (aptallaşma ön plandadır burada). Bleuler bu altgruplara *schizophrenia simplex*'i de ekler ve özellikle yalnız yaşayabilen hastalarla ilgili olarak İskoçyalı Clouston'dan (1890) söz eder ve onunla K. L. Kahlbaum'un heboidofreni'sini yakınlaştırır; heboidlerin belirgin özelliği özellikle toplumsal davranışlarda marjinalliktir. "Her çeşit tuhaf düşünceli hastalar arasında çok sayıda basit şizofreni hastası bulunur; dejenereler dışında bunlar dünya çapında reformcular, filozoflar, yazarlar ve sanatçılar olduklarını iddia ederler." Gizli şizofreni "çok ender durumlarda bu özelliğiyle teşhis edilse de çok sık rastlanan bir şizofreni biçimidir" (bu hastaların bir bölümü "alıngan, tuhaf, kaprisli, yalnız,

son derece dakiktir" ve bugün "şizotipik kişilik rahatsızlığı" ya da "şizoid" kategorisi içinde yer alırlar; *DSM-IV*).

**3. Gelişme.** – Yıllardan beri düzenli ve sinsice ilerleyen basit şizofreninin gelişmesindeki belirgin özellikler ağır seyir durumları olan biçimlerle karşıtlaşır. Hastalığın başlangıcı genellikle gizlidir. Bu belirgin özellikler "az ya da çok önemli bir alınganlık düzeyiyle birlikte içe kapanma eğilimleri"dir.

"Birçok şizofreni hastalığının çocukluk dönemine kadar gittiği kesin olduğundan ve birçok belirgin hastalık var olan karakterin basit abartıları şeklinde görüldüğünden, bana öyle geliyor ki, karakterdeki bu otistik anormallikler ilk belirtilerle uyumludurlar..." Çoğu zaman okul arkadaşları şizofreni adayını erken teşhisle "rahatsız" ilan ederler: "...Okul çağında tanıdığım müstakbel şizofrenlerin hiçbiri öteki çocuklara benzemezdi..." "...Ama çoğu zaman önce ortaya çıkan gerçek belirtileri tam olarak bilemeyiz..."

Sonuç: Bu bağlamda, ölüm oranı genel nüfusa oranla biraz daha yüksek gösterilmiştir. Şizofrenler kesinlikle *tam anlamıyla* iyileşemezler ama "buna karşılık ve buna rağmen bazı şizofrenler çok karmaşık işlerin üstesinden gelebilirler, bilimsel çalışmalar yapabilirler ve uzmanlık alanlarında uluslararası bir şöhrete kavuşabilirler. Hastalıkla ilgili eleştiriler ciddi bir iyileşme ölçütüdür"... "Bazı şizofrenlerde güçlü bir hastalık duygusu vardır."

Terminal durumlar: bu kavrama ihtiyatla yaklaşmak gerekir çünkü çoğunluk bizim gözlemlerimizin dışında kalmıştır. Dışarıda yaşayan birçok insan kaprisli, inatçı, tuhaf,

aptal vb.'dir, "başkaları nezdinde performansları ve değerleri düşüktür". Bir işleri olabilir, ailelerine bağlıdırlar, bazen çok titizdirler, ayrıntılarla uğraşırlar, yeteneklerinin altında kalırlar. Bleuler kendisiyle birlikte dokuz tip saptadığı Kraepelin'in "en iyi sonlanma tanımlamasını" yineliyor:

1/ "İyileşme".
2/ "Tam olmayan iyileşme".
3/ Basit aptallaşma durumu.
4/ Dil tutarsızlığıyla birlikte düşünme zaafı.
5/ Halüsinasyonlu düşünme zaafı.
6/ Halüsinasyonlu rahatsızlık.
7/ Paranoid demans.
8/ Saçma konuşmalarla birlikte aptallık durumu.
9/ Uyuşuk ve tepkisiz aptallık.

Gelişme: genellikle gizli bir başlangıç döneminden sonra gelişme kronikleşir. Burada en önemli problem demansın gelişmesidir. Bleuler zayıflamadan (*verblödung*) söz eder. Sözgelimi, Ascheffenburg hiçbir iyileşme durumu saptayamamıştır. Bleuler şöyle der: "Hiçbir açık seçik hastalık belirtisi bulamadığım hiçbir şizofrenin kurtulmuş olduğunu görmedim."

Bleuler Burghölzli'deki ilk araştırmasında (1895-1905) incelediği 515 vakayla ilgili olarak şu sonuçlara varmıştır: yüzde 60 hafif bunama, yüzde 18 orta derecede bunama ve yüzde 22 ağır bunama vakası.

Ve 1911'deki ilk tanımlama çıkar ortaya böylelikle. Bleuler daha sonra söylediklerini biraz yadsıyacak ve tavrını değiştirecektir: Sözgelimi, 1926'da, Lozan-Cenevre'de

düzenlenen *Frankofon Psikiyatrlar Kongresi*'nde, Bleuler, sunduğu Fransızca bir raporun başlığını *Şizofreni* (tekil olarak) koymuştur. Burada psikopatolojik bir model söz konusu değildir. Öyle görünüyor ki, Bleuler, Kraepelin gibi, bu hastalığa gerçek anlamda bir akıl hastalığı diyor ve bu bağlamda bulunması gereken bazı sinir lezyonlarının varlığını düşünüyor. Dolayısıyla, psikopatolojik anlayış modelinden uzaklaşılıyor. "Şizofreni" sözcüğü yavaş yavaş, hiç değilse Germen dünyasında neredeyse tüm psikozları ve kronik zihinsel bozuklukları karşılayan bir terim olacaktır.

## IV. – Kavramın gelişmesi: Kurt Schneider, Gabriel Lanfeldt

Almanya'da E. Kretschmer kişilik tipleri ("şizoid" de dahil olmak üzere) ya da biyotipler ve patolojik olgular (şizofreni) arasında bir süreklilik içeren karakter modellerini yeniden ele alır. Bu tavır Almanya'da etkisi çok büyük olan Kurt Schneider'in (1887-1967) tavrına zıttır. Heidelberg ekolü içinde psikopatolog klinikçi olan Schneider, *Psikiyatri Elkitabı*'nın üç baskısında (1939, 1942, 1944) şizofreniyi bir hastalık ya da hastalık grubu olarak görmüş ve kişilik anormallikleriyle bu hastalık arasında bir bağlantı kurmamıştır: hasta şizofren ya da şizoiddir, birinden ötekine geçiş mümkün değildir. Kendisi birincil ve ikincil belirtiler ayrımına da karşı çıkmıştır. Ona göre, teşhis açık seçik biçimde tanımlanmış bir belirtibilime dayanmalıdır. Bleuler'in birincil belirtilerinden (çağrışım bozuklukları, duygulanım, otizm, karşıtlık birliği) hiçbiri "ilk sırada yer alan belirtiler"

arasında yer almaz. Buradan çıkan sonuç şizofreni sınırlarının kısıtlanmasıdır.

1939'da, K. Schneider, akıl hastalıklarının sınıflandırılmasında patognomonik saydığı, yani "şizofreninin kesin teşhisine" olanak verdiğini düşündüğü belirtileri "ilk sırada yer alan belirtiler" olarak önermiştir. *DSM-III*'ün teşhis kriterleri içinde önemli bir yere sahiptirler, oysa, bu belirtilerin çoğunu Bleuler ikincil ya da aksesuvar olarak niteler. *DSM-IV*'te ağırlıklarını yitirmişlerdir biraz. Listeyi veriyoruz aşağıda:

K. Schneider'in "ilk sırada yer alan belirtileri".

1/ İşitsel düşünce algısı (*Hören der eigenen Gedanken*).

2/ Seslerin kendi aralarında yöneştikleri işitsel halüsinasyonlar (*Stimmen in der Form von Rede und Gegenrede*).

3/ Seslerin hastanın eylemlerini yorumladıkları işitsel halüsinasyonlar (*Stimmen welche die Handlungen des Kranken mit Bemerkungen begleiten*).

4/ Kendilerini dayatan bedensel duyumlar (*Köperliche Beeinflussungen*).

5/ Düşüncenin uçup gitmesi (*Gedankenentzug*).

6/ Düşüncenin kendini dayatması (*Eingeben von Gedanken*).

7/ Düşüncenin yayılması (*Gedankenausbreitung*).

8/ Düzensiz algılama.

9/ Kendilerini dayatan ya da denetlenen duygular.

10/ Kendilerini dayatan ya da denetlenen itkiler.

11/ Kendisini dayatan ya da denetlenen irade (*Alles von andern Gemachtes und Beeinflusstes auf dem Gebeit des Fühlens, Strebens und des Willens*).

"İkinci sırada yer alan belirtiler": düzensiz sezgi, depresyon ya da rahatlama teşhis için önemli değildir, aynı şekilde,

dil, yazı ya da mimik düzensizliklerinin de bir anlamı yoktur bu bağlamda. Temasın bozulmasından ancak son derece dikkatli bir tavırla yararlanılabilir (Fransız klinikçiler şizofrenle görüşmede genel havayı çok fazla önemsiyorlardı).

Öte yandan, İskandinavyalı G. Lanfeldt şizofreninin tipik belirtilerini denetlemiştir. Kuzeyli araştırmacılar 1937'de geriye dönük incelemelere dayalı olarak önerilen bu modeli izlemişlerdir. Kraepelin'in demans prekoksu iki gruba ayrılır:

1/ Olumsuz gelişme gösteren gerçek şizofreniler.
2/ Doğru teşhis edilmiş şizofreni biçimli psikozlar.

Gerçek bir şizofreni sürecinde tipik olduğu söylenebilecek bir gelişme öngörülebilir: yoğun gerçekten ve kişilikten kopma olayları, pasif etkili deneyler, düşüncenin kaybolması ya da kendini dayatması, senestezik halüsinasyonlar (genel duyarlığa ilişkin lokal halüsinasyonlar), çağrışım bozuklukları, otizm. Şizofrenik biçimli psikozlarda bu belirtiler yoktur ve çoğu zaman başlatıcı faktörler bulunur, başlangıç ağırdır ve bu evrede psikolojik açıdan anlaşılabilir bir yığın belirti görülür ve şizoid patoloji öncesi kişilik belirtileri yoktur.

Bir yığın deneysel çalışma gerektiren bu model ancak birçok araştırma ve incelemeden sonra geçerlik kazanmıştır.

## V. – Fransa ve şizofreniler

Fransa'da Kraepelin modeli, daha sonra Bleuler modeli global olarak kabul edilmiştir ama bir yandan da psikiyatr-

lar ani ve şiddetli saçmalama krizleri (dönemin Fransız psikiyatrisinin "lideri" Valentin Magnan'ın anlattığı), Gilbert Ballet'nin 1911-1913'te belirtilerini saptadığı kronik halüsinasyonlu psikoz ya da PHC ya da P. Chaslin ve Bleuler'e göre yaklaşık olarak şizofreniye (paranoit) denk düşen, Pierre Chaslin'in (1913) uyumsuz psikozları gibi Fransız klinik özelliklerini korumak istemişlerdir. Daha sonra, G. Gatian de Clerambault kendisinin "zihinsel otomatizm" modelini geliştirecektir; saçmalama "zihinsel otomatizm"in olgularında ikincil bir entelektüel yapı olduğundan bu model psikozların etiyopatojenik temelidir. "Temeli otomatizm olan psikozlar" düşüncesi o dönemde Fransa'da büyük bir yaygınlık kazanmıştır. Bütün bunlar teşhis yöntemlerinin olağanüstü farklılıklarına ve bu ülkede bu alanda uzun sürmüş karışıklıklara işaret eder.

Paris Saint-Anne Hastanesi *Akıl Hastalıkları Kliniği Kürsüsü* profesörü Henri Claude (1869-1945) kendi önerisini getirmiştir: buna göre, demans gelişimli organik bir rahatsızlık olan gerçek anlamda demans prekoks ve histeri ve şizofreninin de (şizoid bir yapının olumsuz gelişmesi) içinde bulunduğu dağılma ve parçalanma yoluyla gelişen hastalıklar olan "şizoslar" grubu söz konusudur. 1926'da, *Lozan Kongresi*'nde, ikili modeliyle bir şizofreni raporu sunmuştur. Aynı yıl, müstakbel klinik şefi Bleuler'in bir "özet çevirisi"ni yapmıştır ama Fransız psikiyatrları ancak 1993'te A. Viallard sayesinde eksiksiz bir Bleuler çevirisiyle tanışabilmişlerdir.

XX. yüzyıl ortaları Fransız psikiyatrisinin önemli figürlerinden Henri Ey (1900-1978) psikozlarla ilgi yapıtının büyük bir bölümünü şizofrenilere ayırmıştır: "kronik saç-

malamalar türü" (yazıları 1996'da J. Garabbé tarafından derlenmiştir).

Gene, 1926'da, H. Bergson'dan esinlenen filozof ve hekim Eugène Minkowski (1885-1972) kendine özgü bir şizofreni kavramı getirmiştir. Almanların *Einfühlung*'una benzeyen ve H. Bergson'un "sezgisi"ne yakın "güçlü bir duyarlık" kavramı. Teşhisin temelini oluşturan hastayla duygusal bir temas kurmanın mümkün olmaması, şizofrenle görüşme sırasında ilişkisizlik ve yabancılıktır. Minkowski bilinen "karakter" ve patolojik abartı kavramını aynen benimser. Böylelikle, akıl hastalıkları patolojik öncesi bir yapının gelişmesi olur. Dolayısıyla, Minkowski, Bleuler'in "gizli şizofrenisi"ni ve Kretschmer'in "şizoidlik"ini kabul eder. Rogues de Fursac'la birlikte, yerleri akıl ve mantıkla doldurulmuş duygu ve duyum yitimiyle "patolojik rasyonalizm" modelini önerir. Önerilen psikoterapi patolojik gelişmeyle ilgili varsayımsal geri dönüşlülüğü askıya alır ve gerçeklikle yaşamsal temas yitimine saldırır, hastayı görmeye ve onunla yeniden ilişki kurmaya çalışır. Böylece, şizofreni tedavi edilebilir olur ya da en azından iyiye doğru götürebilir ve psikoterapiye cevap verebilir duruma gelir. Bu arada, negatif bir ön tanı içeren şizofreni tanısının "yıkıcı bir tanı" olduğu ve bir kenara bırakılması gerektiği düşüncesi de gelişmeye başlıyordu.

H. Ey'e göre, şizofreniler grubunun bir klinik özellik değeri yoktu. Ona göre, söz konusu olan şuydu: "Belirgin özellikleri psişik işlevlerin dağılması, çağrışımla ilgili rahatsızlıklar, duygusal rahatsızlıklar ve dış dünyayla temasla ilgili rahatsızlıklar olan psikoz tipi." Belli sayıda patolojik gelişmede ortak olan belli bir psikopatik tepki biçimidir

bu... Demans prekoks işlevsel denen psikozların hemen hemen tümünü kapsar. Bir cinsten çok, bir tür söz konusudur, organik psikozlar gibi başka bir türe benzeyen bir tür. Şöyle diyor Ey: "Şizofreni 'psikopatik yapılı bir biçimdir ve hastalık değildir', 'bir tür anahtar mekanizması vardır'." Bleuler'in metni kendisine göre "gerçek bir genel psikopatoloji incelemesidir".

Nihayet, Cenevre *XXX. Frankofon Psikiyatristler Kongresi*'nde (1926) Bleuler şu tespiti yapmıştır: "Tüm şizofreni olgularında beyinde anatomik-patolojik değişmeler gözlenmiştir... Bu değişikliklerdeki yoğunluk aşağı yukarı birincil belirtilerin ağırlığına denk düşer..." "Bu sadece klinik bir özellik değildir, aynı zamanda anatomik-patolojik bir özelliktir." Bleuler'e göre, terminal evrenin saf dışı edilmesiyle birlikte dengesizliğe doğru gidiş (*Verblödung)* kaçınılmazdır. Böylece, şizofreni kronik saçmalık psikozlarının neredeyse tümünü kapsar. Bununla birlikte, anatomik-klinik temeliyle gerçek anlamda bir hastalıktır. Üç esas belirti söz konusudur bu bağlamda: 1/ Çağrışımların azalması (*Lockerung*), 2/ duygu dünyasının etkilenmesi, 3/ otizm ve gerçeklikten kopma. Bleuler "gizli şizofreni"yi ve görünüşte normal olan bireylerdeki geçiş biçimlerini de kabul ediyor. Dolayısıyla, Bleuler'in getirdiği kavramlarda belli bir belirsizlik ve çelişki vardır. Bununla birlikte, modeli geçerliğini koruyacaktır çünkü referansları büyük ölçüde Freud ve Jung ve dinamik psikopatolojidir.

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra şizofreni tarihine bir yandan psikozlara psikiyatride önemli bir yere sahip olan psikanaliz modelleri uygulama denemeleri, öte yandan da Fransa'da ve başka ülkelerde antipsikotik etkisi psikiyatri

hastanelerindeki havayı, akıl hastalıkları tedavi yöntemlerini ve psikozların kavramsallaştırılmasını altüst eden "nöroleptik" tanımlı ilk ilaçların gelişmesi egemen olmuştur.

Nihayet, M. C. Pull, C. B. Pull ve P. Pichot (1984, 1987) "duygusal olmayan psikozlar"ın teşhisinde "Fransız deneysel ölçütleri"ni önermişlerdir.

## VI. – Öteki ülkelerde şizofreni

Bleuler'in İngilizce'ye Zinkin tarafından çevrilmesinin tarihi 1950'dir ama onun anlayışı birçok ülkede uzun zamandan beri egemen olmuştur. ABD'de şizofreni teşhisi büyük bir gelişme göstermiştir ve bunun başlıca nedeni anlık muayeneye ve gözlemlenebilen belirtilere dayalı anlık bir teşhise olanak veren "dikey" (teşhiste gelişme ve öncüllerin belirleyici bir rol oynadığı "yatay" yaklaşım değil) yaklaşımdır. Sözgelimi, Pasifik Savaşı sırasında askerlere "üç günlük şizofreni" teşhisi konulabilmiştir. Gerçekten de, bu bağlamda, gerileme gösteren kronik psikozla hiç ilgisi olmayan şizofrenik bir tepki söz konusudur. Şizofrenide ve manyakodepresif psikozda beyin anormalliklerinin olmasının gerekli olmadığı "işlevsel psikoz" kavramı kullanılıyordu.

Bu açılımla ilgili başka bir örnek: 1970'li yılların başında Londra ve New York'ta gerçekleştirilen karşılaştırmalı bir araştırmanın sonucuna göre, şizofreni teşhisini Amerikalılar İngilizlere göre iki-üç kat fazla koymuşlardır (J. E. Cooper, R. E. Kendell *ve arkadaşları*, 1972). Gerçek an-

lamda epidemiyolojik bir olgu mu yoksa farklı bir teşhis uygulaması mı söz konusuydu bu bağlamda? Bunu dikkate alan bu araştırma ve yapıt büyük bir etki yapmıştır.

Aslında, beyindeki iki kutuplu sıkıntılar (eski "manyakodepresif psikoz") o zamana kadar şizofreninin işgal ettiği alanı kısmen geri almıştır ve bunun nedeni, hiç kuşkusuz, bu iki kutuplu rahatsızlıklarda lityum tedavisiyle gelen kesin başarılardır. Öte yandan, epidemiyolojik incelemeler de akıl hastalıklarının şizofrenilere oranla çok daha sık olduğunu göstermiştir. Ayrıca, gene kanıtlanmıştır ki, çoğu zaman tipik şizofreniler (saçma düşünceler, halüsinasyonlar vb.) olarak düşünülen psikotik belirtiler yanlış olarak şizofreni teşhisiyle ilişkilendirilen ağır saplantı olgularında da çok sık görülmüştür.

Daha dramatik olan bir başka sapma ise komünist ülkelerde şizofreni, özellikle "gizli şizofreni" ya da "basit şizofreni" teşhisinin politik kullanımıdır. Sovyetler Birliği'nde siyasi muhalifler şizofreni hastalığı bahanesiyle tutuklanınca, bu ülke 1978'de, Havai'de, Uluslararası Psikiyatri Derneği'nden çıkarılmıştır ("yeni bir akıl hastalığı biçimi: muhalefet").

Dünya Sağlık Örgütü'nün yönlendirdiği ilk büyük uluslararası, kültürlerarası araştırma şizofreniye ayrılmıştır (1973). Basit teşhis ölçütlerinden yararlanılarak, araştırmaların yapıldığı tüm ülkelerde şizofrenik psikoz teşhisleri kolayca konmuştur. Öte yandan, gelişme ve teşhisin sanayileşmemiş ülkelerde de çok olumlu olduğu kanıtlanmıştır.

Nihayet, psikanalizin etkisiyle kesin teşhisler koyma modası da biter ve esas olarak (ben)in "savunma mekanizmaları"nın ve akıl hastalıklarının her hastadaki psikodinamik özelliklerinin saptanmasına önem verilir ve bunun

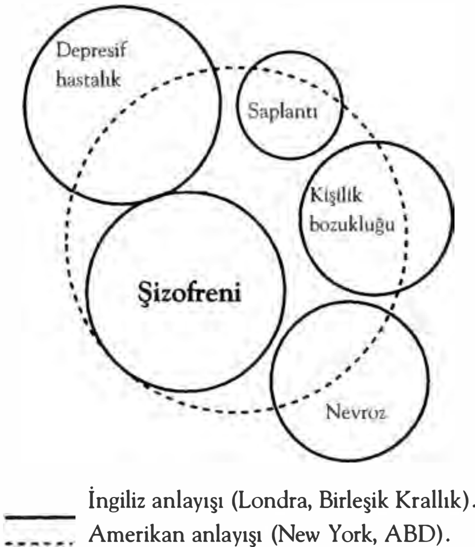
sonucunda bir psikiyatrdan ötekine çok büyük anlayış farklılıkları gelişir. Böylelikle, 1960'lı yıllarda muayenenin ilk üç ya da beş dakikasının özellikle şizofreni teşhisi konulmasında yeterli görüldüğü kanıtlanabilmiştir; ve daha sonra, muhtemelen bu teşhisle uyuşmayan birçok bilgi bulunmuş olsa da, bu teşhisin değiştirilmesi çok zordu. Dolayısıyla, ilk temasın izlenimleriyle oluşan bu anlık teşhis (sözgelimi, E. Minkowski'de gördüğümüz) geliyordu. Rumke gibi bir bilimadamı (1940) klinikçiye bir ilişki patolojisini ve gerçeklikle yaşamsal teması gösteren *praecox gefulh* ya da "erken duygu" anlayışı geliştirmiştir.

"St.-Louis Okulu" (E. Robins, S. Guze, G. Winokur, P. Clayton, W. T. Feighner) denen hareketle ve "Yeni Kraepelciler'le" (G. Klerman, 1980) birlikte bir tepki doğar. Psikiyatride teşhis ve araştırma için işlemsel kriterler tanımlanmaya başlar.

İngiltere ve ABD'de, Brooklyn ve Netherne'de 250 hasta üstünde yapılan araştırmalarla teşhis alışkanlıklarını karşılaştıran anketten (J. E. Cooper ve arkadaşları, 1972) söz ettik. Amerikan örneğinde 163 hastaya şizofreni teşhisi konulurken, İngiliz örneğinde 85 hastaya konulmuştur aynı teşhis. Bu bağlamda, hemen anlaşılmıştır ki, "şizofreni" sözcüğü "psikoz"la eşdeğerli olarak kullanılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün *CIM-8*'ine dayanan teşhisler koymak amacıyla birlikte hareket eden uzmanlar (J. E. Cooper, R. E. Kendell ve N. Sartorius) 65 hasta saptamışlardır. CATEGO programından (K. Schneider'in *birinci sırada yer alan belirtiler*ine dayanan) yararlanıldığında, şizofreni teşhisi konulabilecek 55 hasta vardı. RDC sistemi uygulandığında ise kriterlere uyan 28 hasta vardı sadece. Nihayet,

daha sonra kronik durumlar ve sosyal sapma üstünde duran *DSM-III* kullanımıyla 19'a inmiştir bu sayı.

Böylece, Amerikan psikiyatrları tarafından şizofreni teşhisi konulan 163 hastadan sonra teşhis ölçütlerindeki katılığın gerilemesiyle (on beş yıllık bir dönem içinde) şizofren teşhisi konabilecek hasta sayısı 19'a düşmüştür. Bu karşılaştırma birçok araştırmacıyı etkilemiştir ve daha sonra uluslararası sistemlerde, özellikle *DSM-III*'te ölçütler katılaşmıştır. Şekil 1, 1970 yılında ABD ve İngiltere'deki farklı nozografik anlayışları göstermektedir.




İngiliz anlayışı (Londra, Birleşik Krallık).
Amerikan anlayışı (New York, ABD).

Şekil 1. – Şizofreni ve öteki akıl hastalıkları konusunda İngiliz (Londra) ve Amerikan (New York) anlayışlarının karşılaştırılması (J. E. Cooper, R. E. Kendell *ve arkadaşları*, 1972).

II. Bölüm

# GÜNÜMÜZDE ŞİZOFRENİ

## I. – Güncel resmi tanım (*CIM-10 ve DSM-IV*)

*CIM-10* (ve de *DSM-III* ve *IV*) teorik düzlemde çok yüklü olan (ve Freudçu perspektiflerden çok fazla bağımsız duruma gelen) "nevrotik" kavramından vazgeçmiştir. Buna karşılık, "uygun tanımlayıcı terim" olan ama psikopatolojik, özellikle psikodinamik mekanizmalara (bu bağlamda, *DSM-IV*'ün anlayışına bağlı kalıyoruz) hiçbir kuramsal referans içermeyen "psikotik" sıfatını korumuştur.

*DSM-IV*'te, "şizofreni ve öteki psikotik rahatsızlıklar" bölümünde "psikotik" sözcüğünün hiçbir zaman evrensel ölçekte kabul gören bir tanım olamadığı belirtilmiştir. "Psikotik" sıfatı için üç düzey (tanımın kısıtlayıcılık ya da genişliğine göre) saptanabilir:

- Dar anlayış: *dile getirilen (eleştirilmeyen) saçma düşüncelerin ya da halüsinasyonların varlığı.*
- Daha az kısıtlayıcı tanım: *deneyimin halüsinasyon özellikleri taşıyan bilinciyle birlikte halüsinasyonlar.*

– Daha geniş tanım: *şizofrenide "pozitif" belirtiler (düzensiz ya da katatonik konuşmalar veya davranışlar)*.

Daha önceki tanımlar (*DSM-II* ve *CIM-9* tanımları) çok daha fazla kapsayıcıydı ve katı bir işlevsel bozukluğa odaklanmışlardı: bir akıl hastalığının "psikotik" olabilmesi için *yaşamın sıradan gerekliliklerini karşılama kapasitesiyle belirgin biçimde karışan bir bozukluk* bulunması gerekir (bu da birçok psikiyatrik rahatsızlığın bulunmasını gerekli kılar).

Öte yandan, birçok klinikçi psikotik rahatsızlıkların *Ben'in sınırlarının kaybolmasına ve gerçeğin değerlendirilmesi bağlamında belirgin bir bozukluğa* denk düştüğünü düşünüyorlardı ki bu değerlendirme her klinikçinin düşüncesine göre bulanıktır ve değişebilir. Aslında, *psikotik*, *saçma*'yla eşanlamlı görünmektedir.

*CIM-10*'da F20-F29 kategorileri, şizofreni, 'şizotipik hastalık ve saçmalamalar'a ayrılmış bir seksiyonu temsil eder. Şizofreni sahnenin önünde yer alır, en yaygın ve en önemli kategoridir. Biz, burada, Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği tanımı ve araştırma için işlemselleştirilmiş teşhis kriterlerini alıyoruz.

**1. Şizofreni (*CIM-10-F20*).** – "Bu kategori şizofreninin bilinen klinik biçimlerini ve o kadar sık görülmeyen biçimlerini ve bunlara yakın rahatsızlıkları bir araya getirir. Teşhis için, yukarıda sunulan klinik ve doğrudan tanımlamalar şizofreninin paranoid, hebefrenik, katatonik ve farklılaşmamış biçimleriyle ilgilidir. F20 altında bir araya getirilmiş öteki rahatsızlıkların tanımlamaları daha önceki durumlara gönderme yaparlar.

"Şizofrenik rahatsızlıkların belirgin özellikleri genellikle düşünce ve algının temel ve karakteristik sapmaları, uyumsuz ya da sönmüş duygulanımlarıdır. Gelişme sırasında bazı bilişsel kayıplar olsa da, bilincin açık seçikliği ve entelektüel kapasiteler genellikle korunur. Hastalık herkese kendi kimliğinin, tekliğinin ve özerkliğinin bilincinde olmasını sağlayan temel işlevlerde bir bozulma oluşturur. En mahrem düşünceler, duygular ve eylemler çoğu zaman başkalarının bildiği ya da paylaştığı duygular gibi hissedilir ve birey doğal ya da doğaüstü güçlerin düşüncelerini ve eylemlerini çoğu zaman tuhaf yollarla etkilediğine inanır. Hasta kimi zaman her şeyin kendisiyle ilişkili olduğuna inanır. Çoğu zaman özellikle tavır ve düşüncelerini yorumlayan seslerle ilgili olabilen işitsel halüsinasyonlar hisseder. Renklerin ve seslerin değiştiği ya da anormal bir yoğunluk kazandığı izlenimi içinde olabilir. Bir objenin ya da bir durumun anlamsız ayrıntılarına bütününe göre daha fazla önem verir kimi zaman. Gelişmenin başlangıcının belirgin özelliği çoğu zaman kuşkudur ve bu kuşku hastayı çoğu zaman anlamsız olaylara olumsuz anlamlar vermeye götürür. Bir kavramın olası ve anlamsız unsurları normal zihinsel etkinlik içinde bastırılırken şizofren kişilik bunları birinci derecede önemser ve durumu belirleyen ve duruma uygun olanların yerine kullanır. Düşünce belirsiz, donuk ve karanlık kalır ve söylem çoğu zaman anlaşılmazdır. Düşüncenin gelişmesi sırasında duraklamalar ve yanlış kullanımlarla sapmalar çok sık görülür. Hasta düşüncelerinin bir dış güç tarafından çalındığına inanabilir. Tipik, yüzeysel, kaprisli ya da uyumsuz bir karakter sergiler hasta. Bir karşıtlık birliği ve bir irade bozukluğu, durgunluk, negativizm ya da şaşkınlık görülebilir. Hastalık

katatonik belirtiler de verebilir. Başlangıç dönemi ağır olabilir ve bu dönemde ağır ya da sinsi davranış bozuklukları, ani düşünce gelişmeleri ve tuhaf tavırlar gözlemlenebilir. Çok farklı bir gelişme çizgisi belirlenebilir, bu bağlamda verilen kodlamanın beşinci özelliğiyle belirginleştirilebilir bu. Mutlaka kronik ya da sürekli değildir. Kültürlere ve halkların özelliklerine göre birçok durumda tam ya da neredeyse tam bir rahatlamaya doğru gidebilir. Bu hastalık erkeklerde ve kadınlarda aynı sıklıkta görülür ama kadınlar daha geç bir dönemde yakalanırlar bu hastalığa.

"Gerçek anlamda patognomonik hiçbir belirti bulunmamasına rağmen, pratik açıdan, yukarıda, teşhis için özel bir önemi olan, genellikle eşzamanlı olan çeşitli gruplarda aktarılan belirtileri alt bölümlere ayırmak yararlı görünmektedir" (*Masson Yayınevi'nin izniyle aktarılmıştır*).

## F20 araştırması için teşhis ölçütleri (CIM-10, OMS, 1994). Şizofreni.

G1. 1'de belirtilen belirti, sendrom ve işaretlerin en azından biri ya da 2'de belirtilenlerin en az 2'si çoğu zaman en az bir ay süreyle görülür.

1/ En azından aşağıdaki belirtilerden biri:

a) Düşüncenin yansıması, kendini dayatan düşünce ya da düşüncenin kaybolması veya düşüncenin açıklanması.

b) Denetim, etki ya da pasiflik bağlamında saçma düşünceler (beden ya da uzuvların hareketleri, saçma düşünceler, eylemler ya da duyumlar veya saçma algılamalar).

c) İşitsel halüsinasyonlar (kendisinden söz ederek, hastanın davranışını sürekli yorumlayan bir ya da birçok ses) ya da başka tip işitsel halüsinasyonlar (bedenin herhangi bir yerinden çıkan bir ya da birçok ses).
d) Kültürel açıdan uygunsuz ya da gerçek olmayan başka tip, yineleyen saçma düşünceler.

2/ Aşağıdakilerden en az iki belirti:
a) Açık seçik duygusal bir içeriği olmayan saçma düşüncelerle birlikte, gündelik tipte yineleyen halüsinasyonlardan herhangi biri (>bir ay).
b) Yeni sözcükler, düşünce sürecinde değiştirmeler, eklemelerle sapmalar ve bozulmalar → tutarsız ve konu dışı söylem
c) Katatonik davranış: tahrik, katatonik tavır, aldatıcı esneklik, negativizm, suskunluk, şaşkınlık.
d) "Negatif" belirtiler; istenç yitimi, söylem yoksulluğu, duygusal zayıflık, uygunsuz duygusal cevaplar (depresyona ya da nöroleptik tedaviye bağlı olmayan).

G2. Dışlama ölçütleri:
1/ Manyak (F30) ya da depresif (F32) veya G1 ölçütlerinin (1 ve 2) rahatsızlıktan önce var oldukları dönem.
2/ Organik akıl hastalığına mal edilemeyen zehirlenme, bağımlılık ya da ayrılık sendromu, alkol veya psikoaktif madde.

*DSM-IV*'te şizofreni için önerilen ölçütler biraz farklıdır (bkz. aşağıda). Özellikle "karakteristik belirtiler"in zorunlu var olma süresi *CIM-10*'daki gibi bir aydır ama "toplumsal-mesleksel ve kalıcı kişilerarası bir işlevsizlik" vardır ve

en azından "karakteristik" belirtilerden biri en aşağı altı ay sürecektir. Dolayısıyla, yetersiz özellikler daha açık seçik biçimde korunmuştur. Bununla birlikte, "basit şizofreni" teşhisini koruyan *CIM-10* bu kategori için en azından bir ay süren global bir değişim kategorisini (ilgi yitimi, amaçsız davranış, hareketsizlik, toplumsal içe kapanma, kendine dönük tavırlar) gerekli kılar.

## Şizofreni teşhisinin ölçütleri (*DSM-IV*, 1994)

A) *Karakteristik belirtiler*: aşağıdakilerden ikisi (ya da daha fazlası), her biri bir aylık (ya da başarıyla tedavi edildiği takdirde daha az süreli) bir dönem boyunca görülür:

1/ Saçma fikirler.
2/ Halüsinasyonlar.
3/ Düzensiz söylem (genel olarak tutarsızlık ya da sık görülen sapma).
4/ Katatonik ya da son derece düzensiz davranış.
5/ Negatif belirtiler (duyguların zayıflaması, mantıksızlık ya da iradesizlik).

*Not*: Saçma düşünceler tuhafsa ya da halüsinasyonlar kişinin davranışlarını ya da düşüncelerini sürekli yorumlayan bir sesle ilişkiliyse veya iki ya da daha fazla ses aralarında konuşuyorlarsa, bir A ölçütü gerekir sadece.

B) *Sosyal ya da mesleki işlev yitimi*: Hastalığın başından beri ve çoğu zaman bir ya da daha fazla işlev alanı, sözgeli-

mi çalışma, kişilerarası ilişkiler, kendine bakma açık seçik biçimde daha önce yakalanan (ya da hastalıklar çocuklukta veya ergenlikte başladığında hasta kişilerarası, eğitsel ya da mesleki alanda bekleneni yakalayamadığında) düzeyin altındadır.

C) *Sürekli işaretlerin süresi*: Hastalığın sürekli işaretleri en azından altı ay sürer. Bu altı aylık dönemin en azından bir ayı (ya da tedavi etkiliyse daha az sürebilir) A kriterlerine denk düşen (yani aktif evre belirtisi) belirtiler dönemidir ve öncü ya da kalıcı belirtiler dönemini içerebilir. Bu öncü ya da kalıcı belirtiler döneminde bozulma işaretleri sadece negatif belirtilerle ya da iki belirti şeklinde veya daha hafif biçimde var olan A ölçütlerinden fazlasıyla (genellikle tuhaf inançlar, alışılmamış algısal deneyimler) ortaya çıkabilir.

D) *Akıl hastalıklarının ve duygusal-şizoid durumun saf dışı edilmesi*: Duygusal-şizoid durum ve psikotik özellikler taşıyan akıl hastalığı saf dışı edilmiştir.

E) *Uyuşturucu bağımlılığının ya da tıbbi bir durumun saf dışı edilmesi*: Sıkıntı bir maddenin (genel olarak uyuşturucu ya da bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir, tıbbi bir hastalığa da bağlı değildir.

F) *Gelişmeyi etkileyen bir hastalıkla ilişki*: Otistik bir rahatsızlık ya da gelişmeyi etkileyen başka bir rahatsızlık varsa fazladan bir şizofreni teşhisi sadece saçma düşünceler ve halüsinasyonlarda bir ayı aşan bir süre içinde (tedavi etkiliyse daha az) bulundukları takdirde konur.

2. **Şizofreninin klinik biçimleri.** – *CIM-10*'da birçok klinik biçim yer almıştır:

*Paranoid şizofreni* (F20.0): en yaygın biçiminin belirgin özelliği saçma düşüncelerdir (işitsel halüsinasyonlar aracılığıyla işkence vb.).

*Hebefrenik şizofreni* (F20.1): öncelikle duygulanımların bozulması, yüzeysel ve uyumsuz bir karakter, düzensiz bir düşünce ve kopuk ve tutarsız bir söylem. Hasta çoğu zaman yalnızdır, amacı yoktur, heyecan duymaz. 15 ve 25 yaşları arasında başlar. Hastalık kesin belirtiler vermez: negatif işaretler, duygu ve irade yitimi. Bu biçim *DSM-IV*'ün klasik hebefrenisine ve düzensiz şizofrenisine denk düşer.

*Katatonik şizofreni*nin (F20.2) belirgin özellikleri psikomotor rahatsızlıklar, hareketsizlik ve yanıltıcı esneklikle birlikte donukluktur... Bunlar olası şiddetli ve tutarsız heyecan krizleriyle çelişebilir.

*Çok-değerli şizofreni* (F20.3): her şeyi kapsayan bu kategori içinde daha önceki biçimlerin belirtilerinin bulunduğu bir karışım vardır.

*Şizofreni sonrası depresyon* (F20.4): bir şizofreninin gerileme döneminde ortaya çıkan bir depresyon dönemi söz konusudur bu bağlamda. Bu durumda intihar riski artar.

*Kalıcı şizofreni* (F20.5): bu bağlamda ise şizofreninin gelişimindeki kronik evre söz konusudur ve negatif belirtiler ağır basar: psiko-motor yavaşlama, hareketsizlik, duygu yitimi, söylem yoksulluğu, az konuşma, kendini ihmal etme, toplumdan kaçma.

*Basit şizofreni* (F20.6): *DSM-IV*'ün tersine, Dünya Sağlık Örgütü bu hastalığı bırakmış ve de, Bleuler'in tersine, bu hastalığın pek yaygın olmadığını, bu hastalıkta saçma

düşünceler, halüsinasyonlar ve psikotik tipte belirtiler bulunmadığını belirtmiştir. Buna karşılık, sosyal ve mesleki bir uyumsuzluk, "negatif" unsurlar (duygu ve irade yitimi) görülür. Toplumdan giderek kaçma, serseriliğe, hareketsizliğe ve amaçsızlığa götürür.

*Öteki şizofreni biçimleri (sözgelimi kenestopatik)* (F20.8):

Dünya Sağlık Örgütü *şizotipik rahatsızlığı* (F21.0), *sürekli saçmalama rahatsızlıklarını* (F22.0), *ağır ve geçici psikotik rahatsızlıkları* (F23.0), *şizofrenik belirti vermeyen çok biçimli ağır psikotik vakaları* (F23.0) aynı seksiyon içine sokmuştur ve bunlar Fransız araştırmacıların "saçmalama nöbetleri"ne denk düşer.

*DSM-IV* teorik olarak *CIM-10*'la uyuşur. 1914 APA kriterleri 1987 (*DSM-III-R*) ve 1980 (*DSM-III*) modeline göre bir değişiklik gösterir. O dönemde, 45 yaşından sonra şizofreni başlangıcı teşhisi konamıyordu ve psiko-sosyal sapma kriteri *DSM-IV*'te artık bulunmamasına rağmen açık seçik biçimde belirtilmişti.

**3. Genel klinik: şizofrenler.** – Psikiyatri açısından doğru bir ifade kullanmak gerekirse, artık "şizofrenler" sözcüğünü kullanmamak gerekir ve "şizofreni belirtileri gösteren insanlar" demek yerindedir (*DSM-IV*, Giriş). İnsanlar sınıflandırılmaz, bu insanların taşıdıkları hastalıklar sınıflandırılır ve bu bağlamda amaç hasta kişinin insani karakterini korumak ve onun niteliğini bir akıl hastalıkları bütününe indirgememektir. Bununla birlikte, tanıtılmaları esinleyici olan büyük şizofren hasta tiplerinin anlatılması da doğru olur.

Bazı hastalar hareket ettirici işlevler bağlamında tipik anormallikler gösterirler: belli bir beceriksizlik, güçsüz

hareketler. Hareket bağlamında çoğu zaman bir yoksulluk görülür ya da, tersine, sürekli gezinti veya sürekli bir sallanma hali görülür. Mimikler kaybolur, "aptal" bir yüz ifadesi egemendir ya da gülücükler, yapmacık hareketler, tuhaf bir özenticilik, ritüelleşmiş ya da basmakalıp hareketler ortaya çıkar: o çok ünlü "nedensiz gülmeler ve kahkahalar" ortaya çıkar. Tepkisizliğin tersine, anlaşılmaz öfke, saldırganlık ya da gene uygunsuz depresyon halleri görülür. Çok esinleyici olduğu düşünülse de, "ayna simgesi" enderdir; hasta açık bir şaşkınlık içinde sürekli kendini seyreder aynada.

Klasik anlamda temel entelektüel işlevler etkilenmez, hatta bazen çok gelişmiş maharetler gösterirler ve çok ilginç ilgi alanları vardır: takvim ve tarih takıntıları, bazı ayrıntılar, aritmomani vb. Çoğu zaman hastalık bilinci yoktur ve bu *insight* eksikliği kötü bir belirti gibi düşünülebilir. Öte yandan, hastalar yanıt üslubunu değiştirme, dikkat yoğunluğu, soyut kavramları dile getirme, dış ortamdaki değişikliklere uyum sağlama konusunda zorluk çekerler (dolayısıyla, davranışlarda bir ritüelleşme ve monotonluk ortaya çıkar). Hastalarda bazı psikolojik basmakalıplıklarla değişiklik ve hareketlilik konusunda bir eksiklik vardır.

Çoğu zaman bir ihmalkârlık, hatta vurdumduymazlık da söz konusudur; hastalar yıkanmazlar, tıraş olmazlar, taranmazlar, haftalarca aynı kirli giysileri çıkarmazlar sırtlarından ya da hiçbir estetik kaygısı veya sosyal uyum kaygısı olmaksızın acayip kıyafetler içinde dolaşırlar.

Gizli nörolojik belirtiler de gözlemlenebilir: asimetri ve sağ-sol karışımı, hareketlerin koordinasyonunda olumsuzluk ya da ters hareketler, kimi zaman muhatabın irade dışı

taklidi (başkalarının hareketlerini ve sözlerini anlamsız biçimde yineleme). Aşağıda "küçük nörolojik belirtiler"in bir listesini bulacaksınız.

## Şizofrenide "küçük nörolojik belirtiler"

Hareket uyumsuzluğu
İrade dışı sallanmalar ve titremeler
Anormal kulak-ağız-yüz hareketleri
Basmakalıp hareketler
Mimik taklitleri
Kaslarda anormallik
Reflekslerde anormallik
İşlev yitimi (karmaşık etkinliklerde hareket zorluğu: resim, giyim vb.)
Görmeylc ilgili sıkıntılar (göz kırpmaları, göz seğirmeleri)
Sağ-sol ayrımı yapamama
Çok çabuk almaşmalı hareketler
Nesneleri dokunarak tanıyamama

Bütün bu minör fiziki anormallikler belirtilmiştir: damağın kalkması, gözler arasındaki alanın daralması ya da genişlemesi, kulaklardaki gizli bozuk oluşum, belki de dışderideki bir hastalığı yansıtan parmaklardaki ve avuç içlerindeki izler.

Şizofrenler işyerlerinde genellikle çok fazla tütün tüketirler, parmaklarının durumundan, halılardaki, muşambalardaki izmarit lekelerinden anlaşılır bu; çok fazla sigara içmek (nikotin bağımlılığı) ve benzer başka maddeler tüketmek bilinçsiz bir kendini tedavi girişimi gibi görülebilir.

Kimi zaman, kültürel farklılıklar nedeniyle inançların ya da sözlerin gerçekten saçma olup olmadığını (büyücülük, gözbağcılık, sihir, cin vb.) bilmek zordur. Görsel ya da işitsel halüsinasyonlar bazı egzotik ya da dinsel kültürlerde çok sık görülürler ve belki de normaldirler. Hastanın dili konuşulmadığında bunu değerlendirmek zor olabilir. Klinikçilerin çoğu zaman şizofreni teşhisini psikiyatrın, dillerini bilmediği hastalarda manyakodepresif hastalıkla ilişkilendirme eğilimini belirttik.

Çocuklarda saçma düşünceler ve halüsinasyonlar daha seyrek görülebilir. Buna karşılık, 45, hatta 60 yaşından sonra, geç dönemde başlayan bir hastalık durumunda paranoid saçma düşünceler ve halüsinasyonlar klinikte ön plana çıkar (bunlar çoğu zaman depresif unsurlarla birleşmiştir); özellikle kadınlarda daha az negatif belirti görülür. Buna karşılık, duyumsal (görsel ve işitsel) eksiklikler daha çok görülür bu alanda. Hastalık nöroleptiklerle tedaviye çoğu zaman iyi cevap verir. Fransız klinikçiler kimi zaman kronik halüsinasyon psikozu teşhisini 40-50 yaşlarından sonra özellikle kadınlarda, gelişmesi tedavi sırasında daha net bir biçimde görülen bir yığın halüsinasyonla birlikte, bu kronik saçmalama tabloları içine koyarlar.

Sosyal planda şizofrenler çoğu zaman çok kısıtlı bir ilişki ağı içinde tecrit edilmişlerdir. Bu hastaların çoğu evlenmezler. Birçoğu okullarını bitiremezler, istikrarlı bir çalışma hayatları olamaz. Eğitim ve sosyal sınıf düzeyleri dikkate alındığında yapabilecekleri işlerle ilgili olarak belli bir düzensizlik söz konusudur. Bu, hastaların gerçek anlamda saçmalamalarına bağlı olabildiği gibi çoğu zaman negatif belirtilere ve eksiklik sendromuna da (sinirsel-bilişsel

handikap) bağlıdır. Öte yandan, klasik nöroleptik ilaçlar da rahatlık ve yavaşlatma etkileriyle ve istençli hareketler dışındaki ikincil etkileriyle handikapı artırabilirler.

**4. Çocuk ve yeniyetmede şizofreni.** – Bugün karakteristik belirtilerin (teşhis ölçütleri) çocukta ve yetişkinde aynı olduğu kabul edilmektedir. Buna karşılık, sıklık, yetişkin yaşta başlayan şizofrenilere göre 50 kat azdır. Dolayısıyla, nispeten ender (öteki çocuk psikozlarının tersine) ve henüz pek iyi bilinmeyen bir patoloji söz konusudur. Kraepelin'e göre, demans prekoksların yüzde 3,5'i 10 yaşından önce, yüzde 2,7'si de 10-15 yaşları arasında başlamaktadır; Bleuler ve Lutz'a göre ise yüzde 0,5-1'i 10 yaşından önce ve yüzde 4'ü de 15 yaşından önce başlamaktadır.

Başlangıç çoğu zaman sinsi ve aldatıcıdır. Halüsinasyonlar çok sık görülür: vakaların yüzde 80-93,8'inde çoğu zaman işitsel halüsinasyonlarla birlikte görsel halüsinasyonlar (yetişkinde ender görülür) bulunur. Saçma düşünceler biraz daha seyrektir: somatik temalar ve acı çekme isteğiyle birlikte vakaların yüzde 50'sine karşılık gelir bu. 8 yaşından küçük çocukların halüsinasyonlar görmesi ve saçmalaması ender görülür. Çoğu zaman karışık karakter bozuklukları (vakaların dörtte üçünden çoğu), düşünce bozuklukları vardır.

İlk çocukluk döneminde bu müstakbel şizofrenler çoğu zaman bir gecikme ve konuşma bozukluğu, güçsüzlükle birlikte psiko-motor bir gecikme, duyarlıkta zayıflama ve çevre uyarılarına karşı tuhaf tepkiler göstermişlerdir. İkinci çocukluk döneminde bir karakter boşluğu, uygunsuz asılma davranışları, açıklanamayan öfke, hiperaktivi-

te tepkileri gözlenmiştir. Tabii ki, bu rahatsızlıklar sosyal planda bir işlev bozukluğu ve okul yaşamında bir uyumsuzluk da getirirler (buna öğrenme güçlüğü handikapı da eklenir). Bu gibi vakalarda genellikle hastane tedavisi gerekli olur.

Şizofreni ve gerçek anlamda çocuk otizmi arasındaki sınırlar çoğu zaman belirsizdir. Gelişme ve teşhiste, buluğ öncesi şizofreni vakalarının nispeten ender görülmesi dolayısıyla zorluklar vardır. Vakaların çoğu kronik yetişkin şizofrenisine doğru gittiğinden durum kötüdür bu bağlamda. Bu hastaların yaklaşık yüzde 15'i büyük olasılıkla erken ölmüşlerdir ve ölüm nedenleri intihar ve doğrudan doğruya anlamsız düşüncelere bağlı kazalardır. *Eşyumurta* ikizlerinde uyum (yani aynı hastalıkların ortaya çıkma oranı) yüzde 88,2, *ayrı yumurta ikizleri*nde ise yüzde 22,9'dur ve bu durum güçlü genetik yükü gösterir. Öte yandan, şizofren çocukların ana babalarında da bu hastalığın oranı yüksektir. Nöropsikolojik incelemeler yetişkinde de dikkat ve bilgi dağınıklığı saptamıştır. Bu hastalığın erken başlayan biçimleri ve daha geç dönemde başlayan biçimleri bağlamında ortak mekanizma hipotezini güçlendirmektedir.

**5. Şizofreninin sınırları.** – Benzer klinik tablolar gözlemlenebilir ama bunlar bütün ölçütleri karşılayamazlar, dolayısıyla *DSM-IV*'te farklı bir sınıflandırmaya tabidirler:

- Şizofreni biçimli hastalık: benzer belirtiler ama süre ölçütü (<altı ay) ve işlevin gerilemesi eksiktir.
- Duygusal yarılma hastalığı: şizofreni belirtileri ve duygusal bir hastalığın belirtileri aynı anda görülür ama bunların

öncesinde ve sonrasında, en azından iki hafta boyunca saçma düşünceler ve halüsinasyonlar yoğundur.

- Saçmalıkların, çılgınlıkların görüldüğü hastalık: hastanın en azından bir ay boyunca yalnız başına tuhaf fikirler geliştirmesi (gözlemci için en azından geçici bir gerçekliği olabilecek inançlar) söz konusudur.
- Kısa süreli psikotik hastalık: bir gün-bir ay arası.
- Paylaşılan psikotik hastalık: ikili saçmalıklar.
- Genel bir rahatsızlığa bağlı psikotik hastalık.
- Bir maddeyle gelen psikotik rahatsızlık.
- Belirgin olmayan psikotik rahatsızlık (sınıflandırılması zor vakalar).

Fransız psikiyatri kliniği XIX. yüzyıldan beri "kronik saçmalamalar" üstünde duruyordu ve bunlar 1980'li yılların başında "duygusal olmayan kronik psikoz" teşhislerinin yüzde 40'ına denk düşüyordu (INSERM tanımı, 1968). Bu model *CIM-10* ve *DSM-IV*'te "çılgınlık, saçmalık" adı altında kalıcı kategori olarak, *DSM-IV*'te en az bir aylık ve *CIM-10*'da da üç aylık bir kategori olarak varlığını sürdürmektedir. Nihayet, bu "çılgınlık krizi" *CIM-10*'da "çokbiçimli ağır psikotik rahatsızlık"la, "şizofrenik belirtiler"le [F23.1] ya da "şizofrenik belirti olmaksızın" [F23.0] eşanlamlı olarak yer alır. Süre bir aydan aşağı olmalıdır. Yukarıda, *DSM-IV* bağlamında, "kısa süreli psikotik hastalık" ve "şizofreni biçimli hastalık" kategorilerini gördük.

**6. Şizofrenik hayalet.** – Nozografik çerçevenin yeni tanımlarla daralması kategori içine giremeyen şizofrenik

özellikli belirtilerin düzenlenmesi için "şizofreni hayaleti" kavramını gerekli kılmıştır. Sözgelimi, özellikle İskandinavyalılar arasında psişik anormallikler ve davranış anormallikleri gösteren şizofrenlerin akrabalarının genetik incelemeleri sonucu bunların "şizoid patolojik kişilikler" ya da "şizotipikler" oldukları anlaşılmıştır (*DSM-IV*, II). Bu şizofrenik yığın içinde eski kavramlar bulunur: "şizotimi", "şizomani", "şizonoya", "şizotipi", "şizotaksi" vb.

Aynı şekilde, karakter rahatsızlıkları ve şizofreni arasında geçiş biçimleri "duygu yarılması rahatsızlığı" (iki kutuplu tip ya da depresif tip) kategorisini empoze etmiştir. Günümüzde, ayrıca, "biraz bilinçli bir durum"la birlikte, zorlayıcı takıntılı hastalıklar, hatta çılgınca takıntılar için takıntılı yarılma patolojisinden söz edilmektedir.

## II. – Organik rahatsızlıklarla birlikte psikiyatrik rahatsızlıklar

Aynı anda görülen patolojiler içinde en önemlisi uyuşturucu bağımlılığıyla ilgilidir ve *DSM*'de bu çeşitli uyuşturucular, alkol ve tütünle birlikte "madde kullanımı" olarak geçer. Uzun süreli esrar kullanımı klinik tabloyu karıştırır ve "farmako-psikoz"la kronik esrar bağımlılığının karmaşık şizofrenisi arasındaki ayrımı çoğu zaman zorlaştırır. Öte yandan, bir şizofreni ya da bir şizofreni biçimi sendromunun ortaya çıkışını hazırlayan beyin rahatsızlıkları da vardır. Buna karşılık, gelişen kronik poliyartritten rahatsız olan hastalar çoğu zaman şizofreniden daha az mustariptir.

## III. – Şizofrenilerin sıklığı (epidemiyoloji)

Fransa'da 300.000 şizofren olduğu sanılmaktadır.

Epidemiyoloji hastalıkların sıklığını vaka sayısına, nüfus içinde, belli bir dönemde ya da belli bir zaman aralığı içinde saptanan vakalara göre belirler: *sınırlı* sıklık (gün), *yıllık* sıklık (yıl) ya da *yaşam boyu* sıklık (hastanın o güne kadarki tüm yaşamı). Etkilere ve yansımalara gelince, belli bir dönem içinde genellikle bir yıl içinde saptanan *yeni* vaka sayısı söz konusudur. Betimleyici epidemiyoloji çeşitli ülkelerdeki incelemelere göre şizofreni için yüzde 0,2-yüzde 2 arasında değişen bir sıklık verir. Tüm nüfus için basit, yüzde 1'lik bir sıklık rakamı vermek klasik ve uygundu. *DSM-IV*'te "tüm yaşama göre" sıklık yüzde 0,5-1 arasında gösterilmiştir. Yıllık etkiye gelince, 10.000 kişide birdir muhtemelen.

Fransız konsensüs konferansı (1994), giriş bölümünde (V. Kovess ve J.-C. Pascal) biraz yüksek görünen rakamlar veriyor: *yaşam boyu* sıklık erkekler için yüzde 2,1, kadınlar için yüzde 1,7. Bu, Kanada'da Bland'ın verdiği rakamlara denk düşüyor biraz. Bland, burada, aynı zamanda 1993'te genel sağlık yönetiminin ve Dünya Sağlık Örgütü yardımcı merkezinin (INSERM) yaptığı araştırmalara göre şu tespitin ortayı çıkmış olduğunu da belirtiyor: "Devlet hastanelerinde yatarak ya da yatmadan tedavisi üstlenilen 100.000 hasta içinde, belli bir dönemde, şizofrenlerin sayısı devlet hastanelerinde tedavi görenlerin yüzde 23'üne denk düşüyordu. Daha belirgin olarak söylersek, psikiyatri hastanesine kaldırılan 100 hastadan 29'u şizofren, zaman

zaman tedavi gören 100 hastadan 37'si şizofren ve kısa süreli hastane tedavisi gören 100 hastadan 18'i şizofrendir. Böylece, her yıl yetişkinlerle ilgili kamu sektörü yaklaşık 150.000 şizofrenin tedavisini üstlenir ve bunların çoğu uzun dönemlere yayılan bir tedavi görürler ve yarısı sadece kısa süreli hastane tedavisinden yararlanır, yüzde 19'u ise zaman zaman tedavi görür: gündüzleri hizmet veren hastaneler ve zaman zaman hasta kabul eden merkezler devrededir ve yüzde 31'i de tam gün tedavi görürler."

Psikiyatri hastanelerinde görülen bu hastalar genellikle erkektir ve nispeten gençtirler (25-44 yaş arası). Şizofrenlerin çoğu bekârdır (yüzde 77) ve bu oran erkeklerde daha yüksektir (Rennes CHS'nin bir anketine göre, bekârların yüzde 91'i) ve şizofren hastaların yüzde 35'i yalnız yaşarlar. Bu veriler çok-merkezli bir incelemeyle doğrulanmıştır (G. Vidon ve arkadaşları) ve buna göre şizofren hastaların yüzde 10'u tedavi edici özellikleri olduğu söylenen yapılar içinde (korunaklı daireler, evler) yaşarlar.

Bu hastalar çalışmazlar: yüzde 79'unun hiçbir mesleği yoktur ve mesleği olanların da yüzde 21 kadarı, yaklaşık üçte biri özel ortamlarda yaparlar işlerini, bunların yüzde 47'si ise yetişkin özürlü yardımı (AAH) alırlar. Daha önce aktardığımız çok-merkezli incelemelere göre, hastaların yüzde 51'i AAH'den yararlanırlar, buna sakatlık yardımı alan yüzde 15'lik bir grup eklenir, ayrıca konut yardımı alan yüzde 28,50'lik bir grup, aile yardımı alan yüzde 17,50'lik bir grup ve hiçbir geliri olmayanların yararlandığı yardımı alan yüzde 9'luk bir grup vardır.

1986'da E. Jablinski'nin yayınladığı DSÖ'nün (Dünya Sağlık Örgütü) bir araştırmasına göre, sıklık rakamları

yüzde 2,5‰ ve -5‰ arasındadır. Aslında, bu sıklığın değerlendirilmesi hastalığın dar ya da geniş anlamda anlaşılmasını gerektirebilecek şizofreninin teşhis ölçütlerine bağlıdır. Saptanan belirtiler dışında belirtilerin varlık süresi de önemli rol oynar. Teşhis sistemlerine göre değişebilir: K. Schneider'e göre anlık, RDC'ye göre iki haftalık, *CIM-10*'a göre bir aylık, St.-Louis, *DSM-III*, *DSM-III-R* ve *DSM-IV* kriterlerine göre altı aylık. M. C. Pull, C. B. Pull ve P. Pichot'nun benimsediği Fransız kriterlerine göre bunlar için de altı ay gereklidir.

Dünyada şizofreninin sıklığı: bu konuda yüzü aşkın araştırma yapılmıştır. Bu araştırmalar sosyal gruplara ve ülkelere göre önemli değişiklikler gösterirler. Sözgelimi, XVIII. yüzyıl geleneksel kırsal yaşam biçimini korumuş olan ABD Amish dini cemaatinde en düşük oran görülür bu bağlamda: 0,3 ‰. Buna karşılık, iki kutuplu hastalıklar daha sık görülür, çünkü bu karakter patolojisinde genetik faktörlerin rolleri önemlidir (bu kapalı cemaatler genetik araştırmalar için özel bir alandır). Aynı şekilde, Gana'da bu rakam 0,6 ‰'dır. Denebilir ki, şizofreni dünyanın çeşitli bölgelerine göre eşit biçimde dağılmıştır, bununla birlikte, sıklık oranının yüksek olduğu bölgelerle önemli farklılıklar görülür. Sözgelimi, İsveç'in güneyinde ve kuzeyinde (hastalık güneye göre 50 kat daha sık görülür); aynı şekilde Finlandiya ve Norveç'te ve kuzeyde sıklık oranı daha yüksektir. Ayrıca, İrlanda Katoliklerinde (özellikle doğuda) ve Batı Bengal'deki bazı yüksek yerli kastlarında da sıklık oranı oldukça yüksektir.

Şizofreni kaybolmaya yüz tutmuş mudur? Şizofreninin son zamanlarda sanayileşmenin ve kentleşmenin çağdaşı

olarak ortaya çıktığı iddia edilebilmiştir. Etkiler ve yansımalar muhtemelen XIX. yüzyılda artmıştır. Sözgelimi, Kuzey İsveç'te sıklık oranları yirmi yıl içinde 1953-1978 arasında 9,4 ‰'ten 17 ‰'ye yükselmiştir. Aynı şekilde, rakamlar 1942-1984 arasında Baltimore ve New Haven'da iki katına çıkmıştır. Buna karşılık, çeşitli verilere göre şizofrenide nispeten bir gerilemeye tanık olunmaktadır. Sözgelimi, İngiltere'de, İsveç'te, İskoçya'da, Danimarka'da, Avustralya'da şizofrenik tabloyla ilgili olarak kabul gören ilk görüşler gerilemiştir. Bu rakamları farklı faktörler açıklayabilir: yaşam koşullarının düzelmesi, gebelik ve doğum koşullarının iyileşmesi, enfeksiyon ve virüs hastalıklarında azalma, iyi beslenme vb.

## IV. – Şizofreni kavramının eleştirileri

1960-1970 yıllarının antipsikiyatrik hareketi (R. Laing, J. E. Cooper, Esterson vb.) şizofreni gerçeğini, öteki akıl hastalıkları gerçeğini, zihinsel bir patoloji bahanesiyle toplumun "hasta" bireylerini dışlamak için yapay bir toplum ve aile yaratılmasını yadsıyordu. Sözgelimi, Haan'ın bu sözde hastalıkların otopside anatomik anormallikleri ortaya çıkarmadığı yollu sahte argümanından yararlanıyordu ki bu argüman bir kat daha yanıltıcıdır (bazı organik rahatsızlıklar uzun süre işlevseldirler ve öte yandan psikozlar da çoğu zaman patolojik-anatomik muayenede ve beyin röntgeninde sıklıkla anormallikler gösterir). Aynı şekilde, T. Szsasz'a göre şizofreni bir "mit"ti.

Bu dönem geride kalmıştır. Şizofreni kavramı eleştirileri artık çok daha tekniktir ve psikotik durumların varlığını reddetmezler. Kraepelin'in ikili psikoz anlayışını ve bunun aşırı biçimde basitleştirilmesini şiddetle eleştirirler, aynı şekilde, Bleuler'in psikopatolojik modelini de eleştirirler.

Birçok bilimadamı ve araştırmacı bu modelin bitmesini arzulamışlardır: I. Brockington (1992), Bannister (1968), McHugh ve Slavney (1975), R. Bentall ve arkadaşları, 1988; M.Boyle (1990) ("Şizofreni, bilimsel hayal!").

I. Brockington'a göre, şizofreni "dünün kavramı"dır (1992). ABD-Birleşik Krallık (1972) incelemesinden alınmış argümanı yineler: "Uygulamada son derece istikrarsız ve değişken görünen (...) büyük ölçüde yerel gelenekten etkilenmiş bir kavram içinde kesinlikle ve son derece yanlış bir şey vardır." APA *DSM*'nin sürekli yayınlarıyla (1980, 1987, 1994) her yedi yılda bir değişen keşif temelli şizofreni tanımını dayatmıştır. Dolayısıyla, "bir kurmaca ve nozolojik bir fiyasko söz konusudur". Sözgelimi, bir "böbrek yetersizliği"ne ya da "kalp yetersizliği"ne doğru giden hastalıkların ortak son yolculuğuna benzetilebilecek Kraepelin'in ölçütleri (eksik gelişme) kaybolmuştur. Aynı şekilde, ruhsal yaşamın düzensizliğini ve çağrışım rahatsızlıklarını şizofreninin temel kusuru sayan Bleuler'in açıklamasından da vazgeçilmiştir. Bannister (1968) için ve McHugh ve Slavney (1975) için şizofreni teşhis ölçütleri "beysbol kuralları kadar keyfi olan" "ayırıcı" bir kategoriyi temsil eder. Hiçbir patognomonik (şizofreni teşhisi koymak için kendine yeterli olan) işaret yoktur. Günümüzde yararlanılan ölçütler "tek tezli" değil, "çok tezli"dir. Şizofreni teşhisi konan iki hastanın ortak hiçbir belirtisi olmayabilir.

Ayrıca, sözgelimi, şu da gösterilmiştir ki, bazı ağır takıntılı, psikotik hastalar, ağır dönemlerindeki şizofrenlerle aynı belirtileri (saçmalama, halüsinasyon, düzensiz ve tutarsız konuşmalar, ilişki kurmada güçlük vb.) gösterirler.

## V. – Yeni perspektifler: betimsel yaklaşımlar (kategoriler ve boyutlar) ve açıklayıcı yaklaşımlar

Resmi sınıflandırmalarla ilgili güncel konsensüs teşhis ölçütleri psikiyatrik belirtilerin bütünüyle betimsel yaklaşımını güçlendirmiştir. Aslında, M. C. Hardy-Bayle ve arkadaşlarıyla birlikte (1997) bütünüyle betimsel yaklaşım (kategoriyel yaklaşımı ve boyutsal yaklaşımı kapsayan) ve açıklayıcı yaklaşımlar karşıtlaştırılabilir. Bu bağlamda, dört perspektif söz konusudur: *ölçütbilimsel kategoriyel yaklaşım*, *boyutsal yaklaşım*, *"kırılganlık modelleri"nin tanımı* ve *açıklayıcı klinik*.

**1. Ölçütbilimsel kategoriyel yaklaşım.** – Bu yaklaşım ateorik, her türlü açıklayıcı engellerden kurtulmuş, patolojik olguların basit gözlemlerine dönüş içinde olmak ister. Sadece akıl hastalıkları ya da birbirlerinden belirgin biçimde farklı ve gösterdikleri belirtilerle tanımlanabilen psikiyatrik sendromlar bulunduğu varsayılır. Bir sendrom, istatistik incelemelerle doğrulanması gereken belirtilerin olası bir araya gelme durumudur. Ne yazık ki, bir konsensüs oluşturma çabalarına rağmen, bu ölçütbilimsel sistemlerin çoğalmasına tanık olunmuş, her okul ya da araştırma

grubu kendi sistemini geliştirmiştir. Böylece, Sonia Dollfus 26 sınıflandırma sistemi oluşturabilmiştir ki bu da 26 farklı şizofreni tipinin varlığını gerektirir. Bu farklı modeller içinde belli klinik belirtiler, bu belirtilerin süresi, dışlama ölçütleri vb. bağlamında ölçütler aynı değildir. Dolayısıyla, bu sistemler farklı biçimde zorlayıcıdırlar, kimileri birçok hastayı kapsar, kimileri ise çok daha kısıtlayıcıdır. Böylece, bu sistemlerin her birinin gerektirdiği bütün ölçütleri bir araya getiren, uygulanan tabloya göre "çoklu teşhis" sistemlerine ulaşılmıştır. Bu bağlamda, verilebilecek örneklerden biri, on modeli bir araya getiren C. B. Pull ve arkadaşlarının LICET-S'sidir.

**2. Boyutsal yaklaşım (niceliksel psikopatoloji).** – Klinikçiler bazı belirtilerin yoğunluğunu ölçmek ve zaman içinde gelişmelerini değerlendirmek (istikrar durumlarını ya da değişikliklerini göstcrcn) konusunda özellikle tedavi olanakları veren araçlardan yararlanırlar. Burada güvenilir olması gereken (aynı klinik durumlarda aynı değerleri bulan farklı değerlendiricilerin kolayca yararlandıkları) ve geçerli olması gereken (değerlendirdikleri kabul edilen şeyleri iyi değerlendiren) değerlendirme ölçütlerine başvuran "niceliksel psikopatoloji" söz konusudur.

Değerlendirme ölçütlerinin sayısı artmaktadır. Her şey ölçülebilir ve her klinikçi kendi araçlarını oluşturabilir. Intra ya da kategorilerarası (transnozografik) boyutların ölçüsü etkili analizlerle değişebilirliği açıklayan belli sayıda etkenin bulunabilmesine olanak sağlamıştır. Bunlar kliniğin yeniden değerlendirilmesine ve kesitlenmesine ve özellikle şizofreninin sınıflandırılmasına götürürler.

Sözgelimi, uzun zamandan beri "pozitif" belirtiler ve "negatif" belirtiler ayrımı yapılmak istenmiştir. İngiliz Tim Crow iki şizofreni önermiştir: pozitif belirtilerin karakterize ettiği *tip I* (saçmalama, halüsinasyonlar) ve negatif belirtilerin ve bir yetersizlik durumunun karakterize ettiği *tip II*. Büyük olasılıkla farklı ama özel olmayan iki patolojik süreç söz konusudur. Tip I'de genellikle benzer ailevi ön olgular vardır, anlaşılabilen beyin lezyonu görülmez ve nöroleptiklere verilen tepki olumludur. Buna karşılık, tip II'de büyük olasılıkla daha çok beyin anormalliği bulunur, ailevi ön belirtiler yoktur, nöroleptiklere cevaplar vasat düzeydedir, birçok ikincil etki söz konusudur ve belirtiler kötüdür. Ayrıca, T. Crow da bu ikili anlayışa geri dönmüştür.

Iowa (ABD) Üniversitesi'nden Nancy C. Andreasen yirmi yıldan beri "pozitif işaretler-negatif işaretler" ikiliğini (bir yanda saçma düşünceler, halüsinasyonlar ve düşünce bozuklukları, öte yanda da duygu yitimi, mantıksızlık, istenç yitimi, hareketsizlik, antedoni, toplumdan kaçma, dikkat dağılması) değerlendirmeye önemli katkılarda bulunmuştur. Bu iki bütünlüğe denk düşen iki değerlendirme ölçütü önermiştir (SANS ve SAPS). Günümüzde kullanılan, S. R. Kay ve arkadaşlarının (1987) PANSS (*Positive and Negative Symptoms Scale*) ölçütüdür.

Pozitif-negatif ikiliğinin geçerliliği tartışmalıdır. Bundan böyle üç sendromlu yaklaşım ağır basmaktadır. Sözgelimi, E. Liddle (1987) üç "etken" bulunduğunu göstermiştir. Bu üç boyut karşılıklı olarak özel değildirler büyük olasılıkla. Üç farklı şizofreni tipi söz konusu değildir. Buna karşılık, bunları üç tip beyinsel işlev yitimine (birbirlerinden farklı olmayan) denk düşürmek istenmiştir.

1/ Psikomotor zayıflık → sol yan-arka ön alın korteksinde zedelenme.
2/ Düzensizlik → sağ yörüngesel ön alın korteksinin zedelenmesi.
3/ Gerçeklik sapması → beyin-şakak bölgesinde bozukluk.

Büyük olasılıkla sadece psiko-motor zayıflık farklı psikometrik testler yoluyla açıklanabilen nöropsikolojik bir zayıflığa cevap verebilir: *Trails*, *Wisconsin Sorting Card Test* (WSCT), Fluence verbale vb.

Nihayet, şizofrenide iki önemli "boyut" özellikle irdelenmiştir: "depresyon" boyutu (şizofrenlerde özellikle yüksektir) ve gene sık görülen "anedoni" (yaşamın sıradan şeylerinden zevk alma ve bunlara ilgi gösterme konusunda uyumsuzluk) boyutu.

**3. Kırılganlık modelleri.** – Şizofrenik hastalıkları kavramanın yeni bir biçimi kırılganlık denen yeni modellerin gelişmesiyle somutlaşmıştır (Zubin ve Spring, 1977). Nispeten yakın döneme ait olan bu paradigmada şizofreni bilginin işlenmesinde anormalliklere götüren genetik kökenli beyinsel bir işlev yitiminin klinik ifadesi gibi kavranır. Bazı çevre faktörlerinin varlığında bu biyolojik eğilimler klinik belirtilerle güncelleşirler ve açıklanırlar.

Dolayısıyla, yeni "kırılganlık belirleyicileri" (fenotipler) aranmıştır. Bu araştırma esasen bilişsel işlevler ve bilginin işlenmesiyle ilişkili olmuştur.

Sözgelimi, Sacuzzo (1974) "geçici görsel maskeleme" yöntemiyle şizofrenler ve normal insanlar arasındaki farklılıkları göstermiştir (maskeleme etkisi, yani işaretlerin

ayırt edilmesini engelleyen etki normalde 100 ms'lik aralıklarla ortaya çıkar; şizofrenlerde bu süre 300 ms'ye kadar çıkar ve bilginin işlenmesinde bir yavaşlamaya işaret eder). Öte yandan, hareket halindeki bir objenin görsel olarak izlenmesiyle ilgili olarak ağır hareket etme rahatsızlıkları birçok araştırma konusu çıkarmıştır ortaya. Şizofrenlerin yaklaşık üçte ikisi (bu oran normal bireylerde yüzde 6-8 iken şizofrenlerde yüzde 52-86'dır) ve birinci derecede akrabalarının da yaklaşık yarısı bütün şizofreni tiplerinde, tedavi edilmeyenlerde bile gözlemlenen "şizofrenik hayalet" belirleyicisi ve istikrarlı bir kırılganlık faktörü (bir "özellik"tir bu) olan bu anormallikleri gösterirler. Bu özellik bütünü kapsamaz, çünkü belli nörolojik rahatsızlıklarda da (Huntington hastalığı, beyincik lezyonları vb.) görülür. Etkilenen insan sayısı kadar kırılganlık modeli vardır. J.-M. Azorin'in (1998) son çalışmasında Nuechterlein, Janzarik, Berner'in modelleri ve bu modellerin geçerliğiyle ilgili denemeler (henüz çok belirsizdir) ve pratik uygulamalar yer almıştır.

**4. Açıklayıcı klinik.** – Kategoriyel sınıflandırmaların "ateorizm"ine ve saf betimleyiciliğe rağmen, araştırmacılar ve klinikçiler gene de açıklayıcı arka planları korumuşlardır. Aynı zamanda onları formüle etmişler ve deneylemişlerdir. Dolayısıyla, en özgün klinik belirtileri elde edebilmek amacıyla, belirtileri bulmak ve açıklamak üzere patojenik bir temel aranacaktır. Tanımlamalarını "zihinsel yarılma" hipotezine dayandıran Bleuler önce bu amaca yönelmişti. Ama çok bulanık olan bu kavrama geçerlik kazandırılamamıştır.

Bu açıklayıcı klinik bilişsel işlevsizliğin nöropsikolojik modelleriyle gelişmiştir. Sözgelimi, Hemsley'e (1977) göre, şizofren bilgi işlem sisteminin aşırı yükünden sıkıntı çeker. Bu hastalığa uyarlanabilme girişimleri hastayı bilişsel bir yavaşlamaya doğru götürürler. Elemede bir taşma söz konusuysa, uygunsuz cevaplar ve bir tutarsızlık gözlemlenir. Dolayısıyla, uyum boşluk ve eksiklikle (söylemin zayıflığı), değerlendirmeyle ve sakınmayla (toplumdan kaçış) gerçekleşebilir. Cutting ve Murphy (1988) şizofrende normal insanlara özgü bir sağduyu yitiminin kaybolduğunu göstermişlerdir. Bir tür sosyal saflıkla dünya ve varlıkların pragmatiği hastalığı vardır. E. Minkowski'nin ve fenomenolojik denen incelemelerin altını çizdiği özellik budur (bkz. böl.V).

C. D. Frith (1992) modelinin günümüzde kesin bir popülaritesi vardır. Bu model davranışta ikili bir eylemi varsayar: bir yanda dış uyarıcılar ve öte yanda eyleme eğilimi (kendiliğinden ortaya çıkan eylemler). "Merkezi bir denetim" sayesinde eylem eğilimi saptanır, daha sonra da bu eylemin denetlenmesi gelir. Büyük olasılıkla şizofrenin eyleminin bir iç tasarımı (sözgelimi, bir dış, görsel *feed-back* gerektirir bu) yoktur, dolayısıyla eylem zayıflığı, inatçılık, basmakalıp davranışlar ve uyumsuz hareketler söz konusudur.

C. D. Frith şizofrenilere Leslie'nin çocuk otizminde geliştirdiği "zihin teorisi"ni uygulamıştır. Bu bağlamda, temel eksiklik ötekilere zihinsel durumlar yükleme olasılığıyla ilişkilidir. Dolayısıyla, temel işaretleri "pasiflik sendromu"na ve tipik şizofreni işaretlerine denk düşen global bir "üst-tasarımsal noksanlık" söz konusu olabilir:

düşüncenin ortaya çıkması, düşüncenin anlaşılması, düşüncenin yansıması, üçüncü şahıs halüsinasyonları, dayatılan eylemler, kaynak niteliğinde saçmalamalar, işkence sayıklamaları. Dolayısıyla, aşağıdaki açıklayıcı şema ortaya çıkar.

1/ Amaçlı eylemler oluşturma yetersizliği → eylem zayıflığı, inatçılık, uygunsuz eylemler.
2/ Amaçlı eylemleri "denetleme" yetersizliği → yabancı denetimi saçmalaması, halüsinasyonlar, düşüncenin ortaya çıkması.
3/ Başkalarının inançlarını ve niyetlerini "denetleme" yetersizliği → kaynak oluşturacak saçmalamalar, iletişim rahatsızlığı.

Bilinçli ve iyimser bir tavırla, şizofreninin hastanın yaşamında ve kişiliğinde değil, psikotik oluntularda yattığı söylenebilir (J. Zubin ve S. Steinhauer, 1981; A. Tatossian, 1982). İç-eleştiri çoğu zaman ortamın belirlediği ve kalıcı hale getirdiği ağır vakaların olası psişik yansımalarının sonucu gibi düşünülür. Böylece, tedavinin işlenecek bilgilerin aydınlatılması ve bilgiyi işleme sisteminin (özellikle nöropsişik işleyiş) güçlendirilmesi üstünde yoğunlaşması gerekir.

III. Bölüm

# ŞİZOFRENİLERİN GELİŞMESİ VE TEŞHİSİ

## I. – Gelişme

Şizofreni kronik bir gelişme psikozudur. Bu gelişme sürekli olabilir ya da kalıcı belirtiler ve gitgide artan bir uyumsuzlukla etkiler bırakan ya da bırakmayan bir kriz yaratabilir (çoğu zaman hastane bakımını gerekli kılar bu). Sürekli bozulmaya doğru giden bu gelişme şizofreninin belirgin özelliğiydi. Bu durumda, "delilik"ten, "şizokari"den, "*Verblödung*"dan (alıklaşma ya da aptallaşma) söz ediliyordu. Henri Ey'in aforizması "şizofreni sonunda gelir" kesin teşhisin ancak bu yetersiz gelişmeyle geldiğini çok iyi belirtiyordu. Perspektifler değişmiştir ve bugün, tersine, ilk psikotik dönemler, bunların şizofrenik özelliklerinin tanınması, erken dönemde tedavi edilmesi, uzun vadede uygun bir gelişme umutları üstünde duruluyor.

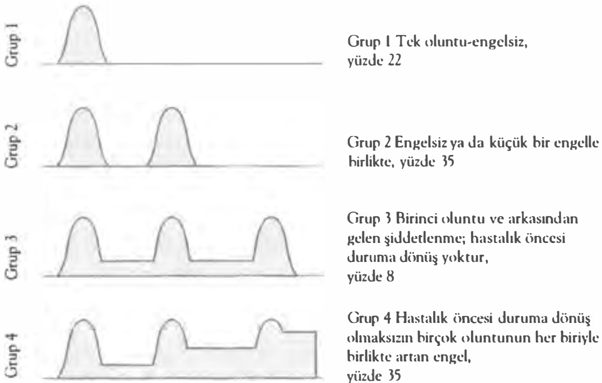
Sözgelimi, M. Shepherd ve arkadaşlarının 107 şizofren üstünde yaptıkları son çalışma (1989) ilk psikotik dönemden beş yıl sonraki bir gelişme tipini gösteriyor:

- Engelsiz bir ya da birçok oluntu → yüzde 57.
- Birçok oluntudan sonra yansıma durumları → yüzde 42.

## II – Teşhis

INSERM'in akıl hastalıklarıyla ilgili Fransız sınıflandırmasında (1968) ve M. C. Pull, C. B. Pull ve Pichot'nun deneysel ölçütlerinde (1987) şizofreni büyük bir düşünce düzensizliği dışında uygunsuz bir gelişme ölçütü içeriyordu.

*DSM-III* (1980) gerilemeyi üç teşhis ölçütünden biri yapmıştır ve B ölçütünün tespiti şudur: "İş, sosyal ilişkiler




Şekil II. – Şizofrenlerde hastalığın gelişmesi (belirtiler ve sosyal engel), M. Shepherd ve arkadaşlarına göre (1989).

ve kişisel kaygı alanlarında daha önceki bir işlev düzeyinden başlayarak gerileme." Bu patolojinin sunuluşunda şu özelliğin altı çizilmiştir: "Hastalık öncesi duruma tam bir dönüşe pek rastlanmaz; gerçekten de, böyle bir şeye o kadar ender rastlanır ki tersi bir durumda bazı klinikçilere göre teşhisin yeniden gözden geçirilmesi gerekir." Yedi yıl sonra *DSM-III-R* B ölçütüne daha ihtiyatlı yaklaşıyordu: "Hastalığın gelişmesi sırasında, işlevsellik (...) hastalığın başlangıç durumundan önceki en yüksek düzeyin net bir biçimde altındadır..." Gelişmenin sınıflandırılması beş olasılık içeriyordu: *altkronik, kronik, üstkronik ya da rahatlama* ve *bir depreşme dönemiyle birlikte kronik.* Bu durumda hastalığın sunuluşunda gelişmenin belirgin özelliği şuydu: "Hastalık öncesi işlevselliğe tam bir dönüş (...) sık görülen bir şey değildir. Tam bir iyileşme görülebilir ama günümüzde bunun sıklık oranı tartışmalıdır. En yaygın gelişme büyük olasılıkla oluntular arasında kalıcı bir rahatsızlıkla ağır vakalardır. Bu kalıcı rahatsızlık, çoğu zaman, hastalığın ilk yıllarında oluntular arasında artar. Bununla birlikte, bazı kanıtlara göre, birçok hastada kalıcı belirtiler hastalığın son evrelerinde hafifler..."

Nihayet, son basımında, *DSM-IV* (1994) yitimden söz etmediğine göre bir birikme üstünde durur. Gelişmenin değişken olabileceği ve hastalıkları geçmeyenlerden bazılarının ciddi engelli olabilecekleri belirtilmiştir. Böylece, daha iyimser bir tavır benimsenmiş gibi bir durum ortaya çıkmaktadır.

*CIM-10*'a göre (1993): "Çok değişken gelişmenin (...) mutlaka kronik ya da sürekli olması gerekmez. Kültürlere ve halklara göre değişebilen bazı durumlarda tam

## Şizofrenilerin gelişmesi

| *Araştırmacılar* | *Yıl* | *Süre* | *Hasta Sayısı* | *Gelişme* İyi % | Orta % | Kötü % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *Kabul edildikleri belli olmayanlar:* | | | | | | |
| E. Kraepelin (Münih) | 1913 | 10 yıl | 1.054 | 4 | 13 | 83 |
| G. Lanfeldt (Norveç) | 1937 | 10 yıl | 100 | 17 | 23 | 60 |
| Harris ve arkadaşları (Londra) | 1956 | 5 yıl | 123 | 14 | 43 | 43 |
| Brown ve arkadaşları (Londra) | 1966 | 5 yıl | 339 | 17 | 42 | 41 |
| E. Bleuler (Zürih) | 1972 | 20 yıl | 208 | 10 | 61 | 29 |
| IPSS (OMS-10 ülke) | 1979 | 2 yıl | 811 | 27 | 47 | 26 |
| G. Huber ve arkadaşları (Bonn) | 1979 | 22 yıl | 502 | 10 | 43 | 35 |
| | Ortalama ⇒ | | | **13** | **42** | **45** |
| *İlk Kabuller:* | | | | | | |
| Holmède ve Astrup (Norveç) | 1957 | 6 yıl | 255 | 29 | 38 | 33 |
| Brown ve arkadaşları (Londra) | 1966 | 5 yıl | 111 | 35 | 37 | 28 |
| H. Bleuler (Zürih) | 1972 | 20 yıl | 66 | 32 | 45 | 23 |
| Bland ve Orn (Kanada) | 1978 | 13 yıl | 45 | 21 | 42 | 37 |
| | Ortalama ⇒ | | | **29** | **41** | **30** |

ya da neredeyse tam bir iyileşmeye doğru gidiş olabilir." "Gelişmekte olan" ülkelerde gelişme daha olumludur büyük olasılıkla. Bu bağlamda, sekiz tip gelişme öngörülmüştür: *sürekli* (F20.X0), *ilerleyen yitimle birlikte kesintili* (F20.X1), *sürekli ve kalıcı bir yitimle birlikte kesintili* (F20. X2), *dönemsel kesintili* (F20.X3), *noksan iyileşme* (F20.X4), *tam bir iyileşme* (F20.X5), *öteki* (F20.X8), *kestirilemeyen gelişme, çok kısa süreli gözlem dönemi* (F20.X9).

Şizofrenilerin gelişmesi sadece birçok makalenin yazılmasına neden olan akademik bir sorun değildir, bu patolojinin önemli sorunlarından biridir.

## Teşhisi etkileyebilecek faktörler

| *Yanlış teşhis* | *Doğru teşhis* |
|---|---|
| Erkeklik | Dişilik |
| Bekârlık | Evlilik |
| Ailelerin şizofrenik geçmişleri | Sık pozitif belirtiler |
| Stresli ortam | Geç başlama dönemi |
| Heyecanların yüksek düzeyde ifade edilmesi (eleştiriler ve düşman ortam) | Hastalık öncesinde doğru uyarlanma |
| Vasat zekâ | Doğru sosyal destek |
| Hastalık öncesinde eksik donanım | Doğru mesleki uyarlanma |
| Nöroleptik tedaviden önceki uzun dönem | Gelişmekte olan ülkeler |
| Pozitif belirtilerin az ya da hiç bulunmaması (saçmalamalar ve halüsinasyonlar) | Hastalık hakkında doğru bilinç |
| Negatif belirtilerin sıklığı (duygu noksanlığı, mantıksızlık) | Tedavide işbirliği |
| İyileşme gözlemlenmemesi | |

| | Başlangıç | Gelişme tipi | Son safha | L (n=228) |
|---|---|---|---|---|
| 1. | ağır | gidip gelen | "iyileşme" ya da hafif | %25,4 |
| 2. | kronik | basit | orta ya da ağır | %24,1 |
| 3. | ağır | gidip gelen | orta ya da ağır | %11,9 |
| 4. | kronik | basit | "iyileşme" ya da hafif | %10,1 |
| 5. | kronik | gidip gelen | "iyileşme" ya da hafif | %9,6 |
| 6. | ağır | basit | orta ya da ağır | %8,3 |
| 7. | kronik | gidip gelen | orta ya da ağır | %5,3 |
| 8. | ağır | basit | "iyileşme" ya da hafif | %5,3 |

Şekil III. – Şizofrenilerin gelişme tipi
(L. Ciompi *ve arkadaşları*, 1977).

Bu gelişmenin değerlendirilmesi çok zordur. Onyıllarca izlenmesi gereken büyük gruplar gerektirir. Akıl hastanesi dönemi bu değerlendirmeleri daha kolaylaştırıyordu, çünkü tedavi yoktu ve hastalar hastanede kalıyorlardı. Buna karşılık, toplumdan dışlama, akıl hastanelerindeki aylak yaşamın *verblödung*'a büyük katkı sağladığı da bir gerçektir. Öte yandan, nöroleptiklerin bir kaygısızlık ve rahatlık etkisi yaratması da sorumlu görülebilir bu durumdan. Bazı ülkeler uzun bir dönemde bu tür anketler düzenleyebilmişlerdir (bkz. üstteki tablo).

Klasik nöroleptiklerle ya da "atipik" denen yeni nöroleptiklerle yeni tedavi yöntemlerinin ve kemoterapilerin uzun vadeli gelişme dönemi üstündeki etkileri pek iyi bilinmez. Bununla birlikte, bu teşhisi etkileyebilecek belli bazı faktörler konusunda herkes hemfikirdir (bkz. alttaki tablo).

**1. Lozan anketi (C. Muller, L. Ciompi, 1964-1985 vb).** – En azından Fransızca konuşulan ülkelerde en ünlü çalışma Lozan'da C. Muller ve L. Ciompi tarafından gerçekleştirilmiştir. 1963 yılında 65-90 yaşlarındaki İsviçreli herkes sistemli bir biçimde muayene edilmiştir (1873-1897 arasında İsviçre'de doğan nüfus). 1.642 şizofrenden 1.135'i (%69,1) ölmüştü; 104 kişi (%6,3) anket sırasında ölmüştür. Böylece, başlangıç örneğinde hastaların sadece 289'u (%17,6) incelenebilmiştir. Katamnestik gerileme ortalama 42 yıldır.

- Yüzde 54'ü olumlu bir gelişme göstermiştir (iyileşme ya da hafif kalıcı hasar).
- Yüzde 49,6'sı olumsuz gelişme göstermiştir (orta ya da ağır hasar).

Araştırmacılar şizofrenik belirtilerin iyileşmesi, hatta kaybolmasına doğru genel bir eğilim olabileceğine inanırlar. Yaşla birlikte belirgin özellikler kaybolabilir ve işaretler de yok olabilir; hastaların yüzde 56'sı hastane dışında yaşarlar (sadece yüzde 13'ü yalnız yaşar, yüzde 26'sı aile içinde ve yüzde 17'si de düşkünler yurdunda yaşar). Bununla birlikte, ilişkiler zayıflamıştır (yüzde 72) ve bağımlılık önemlidir (yüzde 65).

61 vakada (289 vakanın yüzde 21,1'i) başlangıç, gelişme tipi ya da terminal safha kesin biçimde değerlendirilememiştir.

**2. Öteki araştırmalar.** – Avrupa'da aynı türde iki araştırma daha yapılmıştır: biri Zürih'te Manfred Bleuler tarafından (1972) ve öbürü de G. Huber ve arkadaşları tarafından Bonn'da (1979). Bu araştırmalar "ilginç biçimde benzer" ve "üç açıdan geleneksel anlayışlara meydan okuyan" sonuçlar getirmiştir (L. Ciompi, 1988):

- "Gelişme vakaların yarısında olumludur, yüzde 20 oranında tam bir iyileşme görülür, vakaların yüzde 24-33'ten fazlasında çok az kalıcı hasar görülür ve vakaların sadece yüzde 12-24'ü ciddi, kronik bir durum arz eder."
- "Uzun vadeli gelişmelerde büyük bir heterojenlik görülür ve tek biçimli bir gelişme görülmez."
- "Bireysel bir durum konusunda uzun vadeli bir sonucun kesinlikle kestirilebilmesi mümkün değildir."

Araştırmacılara göre bu veriler daha kesin metodoloji anketleriyle doğrulanmıştır (M. T. Tsuang *ve arkadaşları,*

1979; P. Harding *ve arkadaşları*, 1987). D. Leger ve J.-M. Leger (1992) 60 yaşını geçmiş ve kırk yıldır hasta olan 99 şizofrende (tip *DSM-III*) şu özellikleri saptamışlardır: "Burada, şizofrenlerde yaşlı insan akıl hastalığı statüsüne tanık olunur. Yaşlanan şizofren, normatif açıdan yaşlılar için geçerli basmakalıplıklara daha iyi tepki verir gibidir. Ama toplum için bu gelişme birey için de yararlı mıdır?"

G. Winokur ve M. T. Tsuang (1996) "Iowa 500" bağlamında 200 şizofren üstünde yaptıkları araştırmada teşhislerin otuz-kırk yıllık bir gelişmeden sonra birleşik ve tek kutuplu manyakodepresif patolojilere göre açıkça daha olumsuz bir gelişme göstererek istikrar kazandıklarını saptamışlardır.

Nihayet, E. Johnstone *ve arkadaşlarının* Londra yakınlarındaki Harrow bölgesinde 500 şizofreni hastası üstünde yaptıkları araştırmanın (1991) sonucuna göre, hastaların yüzde 20'den azı tam gün çalışıyorlardı ve yüzde 30'dan fazlası da en azından bir kez intihar girişiminde bulunmuştu.

**3. Şizofreninin yüz yılı: hastalığın gelişmesinde bir literatür meta-analizi (Hégarty, Baldessarini, Tohen *ve arkadaşları*, 1994).** – 821 araştırma ve 368 gruba ayrılmış 51.800 hasta üstünde bir literatür meta-analizi ortalama elli altı yıllık bir döneme yayılmıştır: iyileşmiş kabul edilen hastaların yüzde 40,2'sine karşılık gelir bu. 1895-1925 arasında hastaların sadece yüzde 27,6'sı iyileşmiştir; 1930'dan sonra bu rakam 34,9'a yükselmiştir; 1956-1985 arasında iyileşme oranı yüzde 48,5'tir; 1986'dan bu yana olumlu gelişmeler tekrar yüzde 36,4'e geriler. Böylece, hastaların yarısı altı yıl içinde klinik açıdan çözülebilir bir dü-

zelme göstermiştir. Yeni tedavi yöntemlerinin bu düzelmeye katkıda bulunmuş olmaları mümkündür.

Hastalığın kronik gelişmesi şizofrenik sürecin gelişimci karakterine ve de çevreyle ilgili öteki faktörlere bağlıdır. Teşhis ölçütü olarak olumsuz bir gelişmenin ortaya çıkmasına kadar giden geleneksel karamsarlığa karşı bazı araştırmacılar iradeci ve iyimser bir tavrı benimsemişlerdir. Sözgelimi, G. Huber *ve arkadaşları* (1980) 502 hastadan oluşan örneklemelerinde, yirmi iki yılda olumlu bir gelişme saptamışlar ve şu sonuca varmışlardır. "Şizofreni sürekli gerileme gösteren bir hastalığa benzemiyor. Hatta hastalığın ikinci ve üçüncü onyıllarında tam, hiç değilse kısmi bir iyileşme görülebilmektedir." Aynı şekilde, L. Ciompi de (1980) şunu söyleyebilmiştir: "Psikotik bir dönem geçiren bir insanın gelişmesi kötü bir süreçten çok açık bir yaşam süreci gibi görülmelidir." Bu düşünceye göre, şizofrenlerin sağlıklı anları olan hasta kişilerden çok, zaman zaman hastalık belirtileri gösteren sağlıklı kişiler olarak görülmeleri gerekir!

Strauss ve Hafez (1980) şizofreni için olumsuz gelişme ölçütlerine karşı çıkmışlardı. Gerçekten de, Zubin kronik durumlarla ilgili olarak şu özelliklerin bilinmesinde yarar görüyor:

- Hastalığın kalıcı etkileri (negatif belirtiler gibi).
- Kurumsallaşmaya bağlı etkiler (Wing ve Brown, 1970; Ciompi, 1980 *b*).
- Hasta rolünde sosyalleşme (Goffman, 1961; Haley, 1969; Ludwig, 1971).
- Rehabilitasyon eksikliği (Strauss, 1980).
- Sınırlı ekonomik koşullar (Brenner, 1973; Warner, 1985).

- Sosyal statünün bozulması (Hollinghead ve Redlich, 1958; Dunham, 1976).
- İlaçların ikincil etkileri (Gardos ve Cole, 1980; Mendell, 1982).
- Hastadan beklentilerin olmaması (Lamb. 1972).
- Umudun yitirilmesi (Lovejoy, 1984).

## III. – Ölüm oranı ve intihar riski

Şizofrenide intihar riski yüksektir. Bleuler intihar eğilimini "şizofreninin en ağır belirtisi" olarak gösteriyordu. Bu intiharla ölüm oranı günümüzde yüzde 10'dur, yıllık oran ise yüzde 0,4-0,8 arasındadır. Kuzey Amerika ve Avrupa'da yaşayan 6 milyon şizofrenden her yıl 24.000'den fazlası intihar eder. Buna karşılık, intiharla ölümlerin bütünü içinde şizofrenik rahatsızlıklara bağlı olanların oranı yüzde 20-40'tır. Şizofrenlerin yaklaşık yarısı en az bir kez intihar girişiminde bulunmuştur.

Risk faktörleri arasında şunlar bulunur genellikle:

Önceki on iki ay içinde bir intihar girişimi ya da en azından iki eski intihar girişimi, on yıl öncesine kadar giden psikoz başlangıçları, erkek cinsiyet, otuz yaş altı, depresif belirtiler, ağır bir psikotik dönemin sonunda umutsuzluk ve işe yaramama duygusu, halüsinasyonlar (özellikle "intihar emirleri" olduğunda, yani intiharı emreden sesler duyulduğunda) ve irade dışı hareket belirtileri, özellikle bastırılamayan anormal hareketler veya yerinde duramama. İntihar düşüncesi aynı zamanda sinirsel-bilişsel eksikliklerin ağırlığına da bağlıdır.

Nihayet, kamu yönetimleri de psikiyatri hastanelerindeki yatak sayısının kesinlikle azalmış olmasıyla ve psikotik hastaların tedavi gördükleri topluluk içinde iyileşmelerine olanak veren tedavi yapılarının (ara kurumlar, gündüz hastaneleri, tedavi evleri, dispanserler vb.) gelişmesiyle övünüyorlar. Aslında, bu kurumsuzlaşma hastane dışı tedavilerin güçlenmesiyle (pahalı) birlikte gelişmediği gibi özellikle İtalya, ABD vb. ülkelerdeki kronik psikotiklerin belli ölçüde serserileşmeleri gibi bir sonuç da getirmiştir. Şizofrenlerin intihar oranı bu kurumsal değişikliklerle birlikte yükselmiştir. "Döner kapı" (*revolving door*) sendromu, kısa sürelerle hastaneye girip çıkma olgusu birçok psikotiği kırılganlaştırmış ve intiharları artırmıştır (Martensen).

Böylece, birçok nöroleptik ilaç, antidepresif kullanımına rağmen, intihar hekimler için önemli bir kaygı olma özelliğini korumaktadır. Yeni antipsikotik ilaçlar (atipik nöroleptikler) intihar eğilimlerini engelleme etkisi yaptıkları gibi, ayrıca, antipsikotik, antidepresif etkiler yaparlar ve nöropsikolojik rahatsızlıklarda pozitif etkileri vardır.

Fransız psikiyatrik epidemiyoloji grubu (F. Casadebaig, A. Philippe, INSERM, 1999) günümüzde de geçerli olan bir ankete göre çok önemli rakamlar vermektedir. 3.470 hastadan oluşan bir grup dört yıl boyunca gözlenmiştir. Bu grupta ölüm oranı kesinlikle yüksektir, genel nüfusa oranla dört buçuk kat yüksektir (RSM ya da standartlaştırılmış ölüm ratio'su=4,1). 221 kişi bu dönemde ölmüştür (beklenen=54). Bunların yüzde 14'ü kaybolmuş, yüzde 83'ü intihar etmiştir. İntihar RSM'si erkekler için 18, kadınlar için 23'tür. Böylece, genel nüfusa göre yirmi kat fazladır intihar oranı ve dehşet veren intiharlardır bunlar: asılma,

yüksek bir yerden ya da binadan kendini boşluğa bırakma, ateşli silahlar vb. İntihar oranı hastalığın ilk üç yılında yüzde 0,7, dördüncü yılında ise yüzde 0,4'tür. İntihar riski uyuşturucu bağımlılığıyla birlikte görüldüğünde (yüzde 95 esrar) ve ilk hastane deneyimi on yıl öncesine ve sonuncusu da iki yıl öncesine dayanıyorsa, en azından geçmişte bir intihar girişimi varsa ve büyük bir acı söz konusuyla 35 yaş altı erkeklerde kesinlikle yüksektir.

Öte yandan, "doğal neden"le ölüm oranı da yüksektir (RSM=2,5). Çeşitli Amerika ve Avrupa ülkelerinde yapılan araştırmaların amacı en etkili önleyici tedavilerin hangileri olduğunu saptamaktır. Bu yüksek ölüm oranı aşağıdaki nedenlere denk düşer: öncelikle intihar, solunum güçlüğü, sara, yanlış beslenme, AIDS, kalp-damar rahatsızlıkları, kanser, şeker vb.

Şizofrenlerin rehabilitasyonuna yönelik başka bir Fransız araştırmasında (G. Vidon, M. Flament *ve arkadaşları*) 273 şizofren 20 merkezde toplanmış ve bunlar hastaneye yatırıldıktan sonra iki yıl gözlenmiştir. Burada da ölüm oranı yüksektir ve farklı nedenlere bağlıdır (hastalık, kaza ve özellikle intihar). 9 intihar vakası saptanmıştır (yüzde 3,3); bunlar beklenmedik intiharlardır ve hiçbir özel belirtiyle ilişkilendirilememiştir.

Bu rakamlar istatistiki açıdan intiharın "ender bir olay" olduğunu ve geçerli intihar faktörleri konusunda öngörülerin zor olduklarını hatırlatır ama bütün veriler bir araya getirildiği takdirde intiharla ölüm oranı şizofrenlerde yüksektir.

IV. Bölüm

# ŞİZOFRENİ AÇIKLAMALARI: PSİKOPATOLOJİ VE ETİYOPATOJENİ

Onyıllar boyunca psikanalizden gelen "psikodinamik" yaklaşım egemen olmuştur. Bugün zorunlu olarak yüzyılın başında büyük ilgi gören ama beyin araştırma olanaklarının ilkelliği nedeniyle sınırlı kalan "nörodinamik" yaklaşımın dönüşüne tanık oluyoruz. Bu perspektif Henri Ey'in "organodinamizm" adını verdiği perspektiftir. Sinirbilimleri, nöropsikoloji ve bilişselcilikteki son gelişmeler sayesinde belirtilerin *nasıl* oluştuklarını açıklayan patojeni ve patolojinin *neden*ini anlatan etiyoloji yeniden ele alınmıştır.

## I. – Psikanalitik yorum

Psikanaliz histeri ve nevrozların incelenmesiyle başlamıştır. Bununla birlikte, demans prekoks (daha sonra da şizofreni) çeşitli yorumlara ve yayınlara esin kaynağı olmuştur. S. Freud, C. G. Jung ve K. Abraham psikotik-

leri psikanaliz alanının dışında görüyorlardı (dolayısıyla, bu bağlamda ilk incelemeler tedavilerden değil, anı yazılarından ve biyografilerden başlamıştır). Bununla birlikte, psikanaliz, narsisizm, bölünme, gerçeğin reddedilmesi, yansıtma vb. kavramların esasını psikozlara borçludur.

Sözgelimi, 1908'lerde, K. Abraham histeri ve demans prekoksu birbirinden ayırıyordu: demansta dünyayla ilginin kesilmesi söz konusudur, hastanın sevgi objesi kendisidir ("otoerotizm"; Bleuler bu kavramın yerine "otizm"i getirmiştir). Dolayısıyla, bir tedavi amacıyla aktarım söz konusu değildir (oysa, histeri bir "aktarım nevrozu"dur). Libido objelerden koparak süjenin kendisine odaklanır (büyüklük sayıklamaları). İşkence saçmalamalarında libidinal bir kuşatma altında olan obje (kişi) işkenceci olur (standart bir psikanalizin zorlukları ya da olanaksızlığı). Öznenin 'ben'inden bağımsız objelerden kopan libido narsisisk libido olur ve "basit ve objesiz narsisisk durum yeniden ortaya çıkar". Bu yoğun ilgisizlik çoğu zaman yoğun bir dünyanın sonu felaketinin yaşanmasıyla gerçekleşir. Psikotik süreçlerin içinde objeleri, varlıkları ve öznenin kendisini yok eden mahşer vardır. Bu genel yok etme durumu ve bu yaşamsal felaket yaşamın anlamının kaybedilmesiyle birliktedirler.

1911'lerde Freud ve S. Ferenczi tarafından önerilen başka bir yorum da çok ilgi görmüştür: paranoya eşcinselliğin sosyal anlamda yüceltilmesindeki bir başarısızlığı gösterir. Psikotik bir durum nedeniyle akıl hastanesine kapatılan Saksonya istinaf mahkemesi başkanı 1903 yılında *Bir Nevropatın Anıları*'nı yayınlamıştır; Freud bu kitabı "parafreni" adını verdiği yorumun temeli yapmış (1911) ve bu yorum

da daha sonra XVII. yüzyıl ressamı Haitzman'ın durumuyla gündemden düşmüştür (1923). Başkan Schreber'in gözlemleri düzenli biçimde yeniden yorumlanmaktadır.

1919'da, V. Tausk "etkileme makinesi" üstüne o ünlü yazısını yayınlamıştır: öznenin kendi bedeninin libidinal objeleriyle yansıtılması. Buna göre, organlar, kopmuş, ayrılmış parçalar ve yabancı ve işkenceci bedensel araçlar gibi hissedilir. Bu aygıt (hayali) psikotik hastaya görüntüler gösterir, sesler, duyumlar, hareketler, düşünceler üretir ve hasta bunların kendisinden kaynaklandığını sanır, bedeni otomatikleşmiştir ve daha sonra G. Gatian de Clérambault'nun "zihinsel otomatizm"de (şaşkınlık ve aptallık durumundaki kronik şizofrenler genellikle otomatlara benzerler) anlatacağı bir şey durumuna gelir.

1924'te ikinci esasın anlatılmasından (1923) kısa süre sonra, S. Freud, *Nevrozlar ve Psikozlar*'da bu ikisi arasındaki farkı gösterir: nevroz *Ben* ve *Bilinçsiz itkiler* arasındaki bir çatışmanın sonucudur (*Ben* gerçekliğe tabidir ve *bilinçsiz itkiler*in bir bölümünü bastırır), oysa, psikoz *Ben* ve dış dünya arasındaki çatışmanın bir sonucudur (burada bastırılan, gerçekliğin ve kısmen ortaya çıkan *bilinçsiz itkiler*in bir bölümüdür). Her iki durumda da gerçeklik yitimi söz konusudur ama nevrotik gerçekliği saf dışı eder ve kaçar ondan, oysa, psikotik "otokratik biçimde" *bilinçdışı itkiler*e göre kurulan yeni bir dünya yaratır. Gerçekliğin reddedilmesi söz konusudur.

Bu nevroz/psikoz karşıtlığından "psikodinamik" görüşü benimsemiş olan psikiyatrlar yararlanır, oysa, bu karşıtlık yeni sınıflandırmalarda, özellikle *DSM-III* ve *IV* sınıflandırmalarında yoktur artık.

İkinci psikanalitik okul öğrenimini Budapeşte (S. Ferenczi) ve Berlin'de (K.Abraham) tamamlayan Melanie Klein (1882-1960) tarafından esinlenmiştir. Klein 1926 yılında "Klein psikanalizi"nin (daha sonra katı bir Freudçuluğu benimsemiş olan Anna Freud'la çatışacaktır) gelişeceği İngiltere'ye yerleşmiştir. M. Klein psikozların teorileştirilmesine önemli katkılarda bulunmuş, bebeklerin normal gelişimi içinde dünyanın ve varlıkların (henüz belirgin olmayan) "iyi obje", "kötü obje" , "iyi anne karnı", "kötü anne karnı", "iyi anne" ve "kötü anne" olarak ayrıldığı "şizoparanoid tavrı" anlatmıştır ve bu özelliklere psikotik yetişkinlerde de rastlanabilir (dünyayı ve varlıkları "iyi" ve "koruyucu" ve "kötü" ve "düşman" gibi ayıran bu Manicilik ağır şizofreni durumlarında açık seçik biçimde görülebilir. Kaldı ki, bazı psikotikler tedavi uzmanlarını iki gruba ayırmışlardır ve bu iki grup dışarıda, iç dünyası tiyatro olan polemiği yeniden yaratmayı başaran hastayla ilgili tavırlar bağlamında gerçek anlamda karşıtlaşırlar aralarında) (Woodbury). "Yansıtmalı özdeşlik" Klein okulunun önerdiği bir savunma mekanizmasıdır ('ben'i denetlemek amacıyla onu bütünüyle ya da kısmen objenin içine sokmak) ve objenin içselleştirilmesinin tamamlayıcısıdır; psikotik ya da narsisisk belirtileri dikkate alır. Obje ilişkisinin en basit biçimi söz konusudur burada. Aynı okul "*Ben*'in bölünmesi" (*splitting*) sürecini de anlatır (M. Klein, 1946; H. Rosenfeld, 1947).

En eski "obje ilişkisi" modeli ve şizofrenik aktarım büyük ölçüde Klein modelleştirmesinden esinlenmiştir. Şizofren dayanılmaz, aşırı iç uyarılma durumundan kurtulmaya çalışır. Bu uyarıyı yapan, fark edilmez gibi görünen objenin

varlığıdır (yani başka biri ya da hekim), dolayısıyla, bir soğukluk ve reddetme engeli ortaya çıkmıştır... Şizofren tedavi görür ama aynı zamanda kendisini tedavi edeni de tedavi eder. Karşılıklı bir sevgi ve nefret ilişkisi vardır. Başka bir İngiliz analist, W. R. Bion hastanın ve hekimin "düşünce süreçlerinin iç saldırıları" ve "ilişkisizlik" süreçleri üstünde durmuştur.

Karşıtlık birliğinin henüz yer almadığı şizo-paranoid tavır bu entegrasyonu tamamlayacak olan "depresif tavır"ın arkasından gelir. M. Klein'ın öğrencileri (W. R. Bion, H. Segal, H. Rosenfeld) paranoid ruhsal yapı psişik yaşamı içeremediğinden (bu durumda bu davranış işlevini onarmak analiste düşmektedir) bu davranış üstünde dururlar.

Klein düşüncesini benimseyen öteki araştırmacılar gibi, H. Rosenfeld'e göre de taslak halindeki bir *Ben* doğumdan başlayarak vardır, normal bebeklerde ve psikotiklerde çok erken dönemde bir aktarım söz konusudur. Bağımsız bir araştırmacı olan P. Federn'e göre, psikotik, "*Benin*in sağlıklı ve hastalıklı yanıyla" aktarmaya pek heveslidir ve şizofren bir hastanın aktarabileceği özelliklerinin yorumlanması mümkündür.

Bazı Amerikan psikanalistleri "*Ben* psikolojisi" ve "kültürcülük"e dayanarak bu perspektifleri geliştirmişlerdir: Harry Stack Sullivan, F. Fromm-Reichmann (1959). Fromm-Reichmann şizofrenleri en iyi gözlemleyenlerin içe kapanıklar olduklarını düşünüyordu.

"*Psikanalitik saçmalama teorisi*" (S. Nacht ve P.-C. Racamier, 1958) raporundan sonra Racamier bir dizi metinde (özellikle *Şizofrenler* kitabı, 1980) psikozlarla ilgili psikanalitik tezlerin aslını yeniden ele almıştır. Ona göre, "şizofreni",

“saçmalama” ve “psikoz” aşağı yukarı eşanlamlıdır ve özellikle Psikoz’dan söz edilemez (şizofreni bir psikoz’dur). Öte yandan, Freudçu analizin ele alabileceği olgular “bilinçdışı” durumlar ve sınır biçimler ya da sınır durumlardır. Bunlar en ağır durumlar için giriş ve anlama kapılarıdır. Dolayısıyla, geniş bir şizofreniler anlayışı söz konusudur ve bu anlayış o dönemde, *DSM-III* ve *DSM-IV*’lerden önce çok yaygındı.

Bu bilimadamına göre, şizofren psikanalizi “enderdir, zordur (…) yalnız yapılan bir araştırmadır”, “macera anlayışı ve kurtarma keyfi” gerektirir. İlk tedaviler 1920-1950 yılları arasında yapılmıştır. “Bir şizofrenin tedavisi için on yıldan az bir zaman öngörmenin bir anlamı yoktur.” Ayrıca, psikotik ilk psikanalitik buluşların *neredeyse* doğrudan bir örneklemesini getirir (açık havada bilinçdışı, birincil süreçlerin ortaya çıkması, arkaik savunmalar…). Şizofren psikanalizini esinleyen “savunma mekanizmaları” modelinin karşısına uzun süre şizofrenlerin tedavisi ve bakımına temel oluşturan “yetersizlik” modeli çıkarılabilir. Bu bağlamda, sınırdaki biçimler ve hafif şizofreni vakaları söz konusu olmasına rağmen, “düzenlenmiş” psikanaliz (analitik esinli psikoterapi) söz konusudur.

Bunalımın şizofrenle psişik “tedavisi” çok özel tipteki bir *Ben*in psikotik savunmalarını zevklerden, hatta fiziki güvenlikten ve bedensel bütünlükten vazgeçmeyle (kendini sakatlama) ve zihinsel bütünlüğün feda edilmesiyle (zihinsel açıdan kendini sakatlamalar) harekete geçirir. “Aktarılan” bunalımı hastanın kendisinden çok çevresi ve tedavi uzmanları fark eder.

Karşıtlık birliği, temel Bleuler ölçütü entegre edilmemiştir; şizofren, esasen, “karşıtlar öncesi” evrede kalmıştır.

Şizofreni "karşıtlık birliği"ne karşıt bir süreçtir: radikal anlamda "bölünmüş" itkilerin gerileyici bir açık seçikliği görülür bu bağlamda. Ben'in ve "objeler"in tasarımlarının içselliği belirsizdir. İç psişik gerçeklik bu özelliğiyle entegre olmamıştır ve çatışma durumu dışarı taşma eğilimindedir ve bu durum "projeksiyon" kavramıyla belirtilmiştir. Şizofrenin *Ben*i gözeneklidir, sınırları belirsizdir, psişik yaşamı olamaz, dolayısıyla "paranoid üçleme" durumu belirir: *akma*, *yayılma* ve *etki*.

Reddetme arkaik ve psikotik bir mekanizmadır. Nesnelerin, varlıkların ve yaşanmışlığın varoluşunun olumsuzlanmasından çok, büyük olasılıkla önemin ve özel anlamın reddedilmesi söz konusudur: böylece, algılanan ve rastlanan her şeyi, bir boşluk, anlamsızlık olarak etkileyen bir "değersizleştirme" süreci ortaya çıkar. İkili bir zihinsel yaşam, Gözleyen-*Ben* ve bazı "gözleme saçmalıkları"nı, eylemlerin ve düşüncenin halüsinasyonlu yorumlarını dikkate alan Algılayan-*Ben* arasında işlevsel bir bölünme vardır. Düşünce ilkel düşüncede bulunabilecek senkretik ve somut bir biçime gerilemiştir. Parçalayan ve baş döndürücü bir çatışma durumu bir "düşünce suskunluğu"na ya da "gelişen, teleolojik gerileme"ye götürebilir" (Arieti).

"Obje ilişkisi" çok değişmiştir. Normalde "gerçeğin anlamı" (gerçek deneyimini destekleyen *Ben*in işlevi) kanıt olmadan, gerçeğin var olduğunu ve bizim bu gerçekle geliştiğimizi ve onunla aynı tözden olduğumuzu söyler bize. Bu bildik gerçek psikotiklerde çok büyük bir darbe almıştır. "İnsani olanın anlamı" ya da "*Ben* düşüncesi", insan türünün *Ben*inin figüratif olmayan tasarımı bozulmuştur. Şizofreni "negatif idealliğin kanser hastalığı"dır. Psikozda de-

ğişikliğin, anlamlılığın ve anlamın reddedilmesi vardır. Şizofrenik *Ben* objeyi, gerçeği, 'ben'i ve düşünceyi bütün anlamlarından mahrum eder. Şizofrenik *Ben* bütün gücüyle kendini boşaltmaya çalışır.

Racamier "anti-Oidipus" kavramını getirmiştir: babanın dışlandığı, öznenin kendini doğurmasıyla kendisinin babası olduğu fantazmalarıyla birlikte; ilk sahneyi ve hadımlaştırmayı saf dışı eden bu fantazmalar Oidipus'a karşı ensesti devreye sokar, şizofreni, fantazmaları kaynağında kurutan güçlü ve baş döndürücü bir paradoks içine sokar.

Birincil süreçler aracılığıyla düşüncenin ikincil süreçlerini altüst eden paradoksallık çatışma karşıtı, karşıtlık birliği karşıtı, fantazmatik karşıtı, öznenin 'ben'inden bağımsız objelerin karşıtı ve narsisizim karşıtı etkinliklerin temelini oluşturur. E. Bleuler'in anlattığı karşıtlık birliği psikanalitik bağlamda karşıtlık birliğinin (normal-nevrotik bireye özgü) dışlanmasından kaynaklanır.

Racamier saçma fikirler alanındaki monotonluk ve sınırlılık üstünde durur. Ama saçmalığın keşfi psikotik için büyük olasılıkla "zihinsel bir orgazm" özelliği taşır: saçmalığın bulunuşunun ilginç anı, geri verme ve yeniden yaratma, *Ben*in kendini doğurmasıyla esritici orgazm, dolayısıyla saçma inançların sarsılmaz gücü. Bu orgazma, duyular düzeyinde, halüsinasyonlar, duyumsal orgazmlar (nevrotikte düş olan şeye denk düşer bunlar da) eşlik eder büyük olasılıkla. J. Niederland hastanın saçmaladığı konuların geçmiş olaylarla ilişkili olabileceğini göstermiştir: sözgelimi, Schreber'e göre, bunlar kesinlikle çocukluğunda babasından yediği dayakla ilişkilidir (M. Schatzman, 1973; *L'esprit assassiné*; Fr. çev.).

Öte yandan, deliler de deli ederler. Psikoz deliliği kullanır, Ötekinin *Ben*inden deli etmek amacıyla yararlanmak amaçlanmıştır (H. F. Searles, 1959: *L'effort pour rendre l'autre fou*). Deliliği başkasına bulaştırma cinayetle eşanlamlıdır, içindeki bir şeyi başkasına atma, ötekinin özerkliğine karşı savaş açma, bir "ortakyaşarlık" ilişkisinin korunmasıdır. Hekim, şizofrenin karşısında bir anlamsızlık duygusu içinde kalacaktır. Sözler anlamlarını yitirecektir. Bir "boşluk aktarımı" söz konusudur bu bağlamda.

Cinsiyet ayrımının ortadan kalkması cinsel kimliği boğarak kimliği yok eder. Bilinçli ya da bilinçsiz transseksüel ve homoseksüel fantazmalar (saçamalamayla ifade edilen) psikotiklerde çok sık görülür, aynı şekilde kendiliğinden dölleme de dahil olmak üzere dölleme temaları da çok sık görülür.

Ensest Oidipus'un zıddıdır.

Narsisisk ensest ilişkisi bir savunmadır. Racamier hem Oidipus öncesi hem Oidipus karşıtı özellikler taşıyan bu özgün ve özel düzenlemeye "anti-Oidipus" diyor. Doğum öncesi bir gerileme değildir bu. Düşünce boşluğuyla birlikte kökenlerinin düşünülmesi mümkün değildir (J.-L. Donnet ve A. Green, 1993). Öte yandan, anne de tavrıyla, çocuğun ana-babasının cinselliğine bağlı anlayışını tasarlamasını engeller büyük olasılıkla, dolayısıyla, kökenleri düşünülmeyen düşünce olan şeyi düşünmek zorunda kalır çocuk (P. Aulagnier-Castoriadis, 1975). Şizofrenlerde gerçek *Üstben* (Oidipus'un mirasçısı) yoktur ve bu da sözgelimi öldürme değil, düşünme zorluğunu dikkate alacaktır. Şizofrenlerin tedavisi kavranabilir, belirtik ve katı sınırlar içinde tutulmalıdır.

Racamier'nin teorisi içinde Palo-Alto okulunun geliştirdiği paradoks kavramı bulunur. Burada, entelektüel ya da eylem içinde bir cevap bekleyen mantıksal bir paradoks söz konusudur. G. Bateson'un 1956'da ifade ettiği *double-bind* (*ikilem*) tipik şizofrenik şizofrenojen bir yöntemdir. Burada amaç canlı bir ilişki kurabilmek ve bir yandan da hassas bir denge için gerekli savunmalara saygılı olmak ve yıkım sıkıntısını yoğunlaştıran öteki savunmaları doğrudan doğruya analiz etmektir. Psişik mekanizmanın en gelişmiş kısımlarıyla uyuşmak gerekir. F. Pasche'ye göre (1978), üç psikotik dil söz konusudur: şizofrenin kimi zaman bir uzman gibi kullandığı *normal dil*; anlaşılmayan, savunma işlevli, iletişimin kuşatmasına karşı *perde dil*; aynı zamanda hekime bir çağrı olan *gerçek psikotik dil* (bütüncül ve doğrudan boşalmanın birincil süreçlerine uyan, *Ben*'in sınırlarının bulunmadığını ve karşılıklı yutma ve nüfuz etme fantazmalarını gösteren dil). Saçmalama perde dildir, özellikle saygı duyulması gereken gerçek bir öykünün dağınık unsurlarının bir sentezinin ürünüdür. Bazı durumlarda ilaç tedavisine başvurma acil bir gerekliliktir. Burada da anne (ve fantazmaları) devreye girer. Anne, doğurduğu çocuğu geri almak ama aynı zamanda onu kuşatmak ve ona bütünüyle sahip olmak eğilimi içindedir (burada şunu belirtelim ki, "şizofrenojen anne" kavramının çok popüler olduğu dönemde son derece esinleyici bir metin kaleme alınmıştır: *Annelere Merhamet*). P. Letarte'ın belirttiğine göre, şizofrenlerin psikoterapisi çok-değerli teorik referanslar sistemi gerektirir: S. Freud, M. Klein, R. Federn, P.-C. Racamier ve belki de J. Lacan... Çoğu zaman sadece çevre tedavi için bir motivasyondur. Hekimin çok güçlü

bir motivasyona sahip olması gerekir, hastayı önemsemesi ve onun iyileşme kapasitelerine inanması gerekir. Bu süreçte yalnız kalmamalıdır. Dayanabileceği bir tedavi ekibi ve bu konuda otorite olan biri olması gerekir, çoğu zaman meslektaşlarıyla fikir alışverişinde bulunabilmelidir. Nevrozluların tedavilerinde yararlanılan biçimiyle klasik yorum hasta için psikotikleştirici bir müdahale anlamına gelebilir. Burada bir "ikilem" değeri vardır; "Özerk bir düşünce geliştirmen gerekir" ve "Senin ne düşündüğünü senden iyi biliyorum." Nevrotiklerin tedavisinde savunmalara bağlı dirençlerin yok edilmesi hedeflenir. Psikotiklerde ise yapıcı savunmaların iyileştirilmesine katkıda bulunmak gerekir.

Nihayet, şunu da hatırlatalım ki, Racamier (1985) psikozların oluşturduğu psişik yaşamla ilgili soruların iki yoldan cevaplandırılabileceğini belirtiyor: şizofreninin sosyal sapmaların sonucundan başka bir şey olmadığı anti-psikiyatri ve sadece aynı zamanda ruhsal yaşamı ve özel bir yaşamı koruma girişimleri olan en açık psikiyatrik belirtileri bilemeyi amaçladığında, psikotrop ilaçlar hastada rahatlık, tasasızlık ve hiçlik duyguları uyandırdığından kemopsikiyatri.

Bütün bu psikanalitik perspektifler popülaritesini yitirmiştir artık. Bunların yerini şizofrenlerin psişik işleyişlerine uyarlanmış bir tür pedagoji olan bilişsel-davranışsal terapilerin (marka, jeton biriktirme, "sosyal kapasiteler"in gelişmesi vb.) daha etkin ve daha işlemsel reçeteleri almaktadır. Bununla birlikte, psikanalistlerin yorumcu yaratıcılıkları da psikotiklere yeni bir anlam verme, onları yeniden insanileştirme çabalarına katkıda bulunmuşlardır.

## II. – Fenomenoloji

**1. Fenomenolojik indirgeme ve doğal kesinliğin yitirilmesi.** – Alman felsefesinden (E. Husserl, M. Heidegger) çıkmış olan fenomenoloji, çoğu Germen dünyasından olan çok az psikiyatrı etkilemiştir (E. Minkowski, G. Van Gebsattel, E. Strauss, L. Binswanger, sonra W. Blankenburg, daha sonra Fransa'da H. Ey, A. Tatossian, G. Lantéri-Laura, J.-M. Azorin, J. Naudin). Bu bilim dalı psikozların anlaşılması konusunda çok özgün katkılarda bulunmuştur.

Esasen doğal ve saf sistematik bir tavrın, dünyada var olmanın spontan biçiminin reddedilmesi ve kesinliklerin kabul edilmesi (sistematik ve evrensel kuşkuyu hayata geçiren Descartes'ın entelektüel çilesini andıran bir hareket içinde) olan radikal bir değişimden hareket eder. Fenomenolojinin bu temel etkinliği *epokhe* ya da "fenomenolojik indirgeme" (yargı alanında) adını taşır. Temel bir analiz organı bireyi yaşamanın, eylemin ve düşünmenin dışında bırakan gündelik yaşamın kesinliklerinden radikal bir kopuştur. Bu fenomenolojik indirgeme akıl hastalığına farklı bir yaklaşım olanağı verir. Fenomenoloji özellikle psikozlarla, üretici şizofrenilerle, özellikle saçmalamalarla ilgilenmiştir.

Sözgelimi, sadece Anne'ın durumunun gözlemlenmesi W. Blankenburg'un çok çarpıcı bir başlığı olan kitabının temelini oluşturur: *Doğal Kesinliğin Yitirilmesi* (1971). Bu çalışma kapsamında 405 şizofren seçilmiştir; bunların 23'ü belli ölçüde düşünebilmektedir ve basit semptomatik ya da hebefrenik şizofreni söz konusudur. Anne, yirmi yaşında, intihara teşebbüs ettikten sonra hastaneye kaldırılır (24

yaşında gene intihar sonucu ölmüştür); bu hasta, birçok şizofren gibi, psikotik durumun dengelenememesinden önce bir hiperadaptasyon dönemi yaşamıştır. Yaşamsal atılım eksikliğini, spontanlığı ve yaşamın saflığını örnek bir biçimde dışa vurur: "Saf, doğal ve basit tavırların yerini bilinçli bir tavır almıştır: her düşünce ve her eylemin düşünülmesi, istenmiş olması gerekir ve zahmetli bir iştir bu." Söz konusu olan çok farklı, irade dışı, patolojik, tam anlamıyla bir kişilik değişmesine denk düşen bir *epokhe*'dir. Bu gözlem şizofrenik dünyaya bir bakış olanağı verir.

Burada önceki gibi yaşanmış olanı, acıyı ve şizofreniye bağlı zorlukları dile getirebilecek sınır durumların gerekliliği vardır. Karl Jaspers (1913) psikopatolojisinde, bize, sadece daha önceki kişilikle süreklilik halindeki gelişmeler olan belirtileri anlayabileceğimiz kadar yakın hastalar ve gerçek bir ruhsal durum ve yaşam yörüngesi kırılması gösteren patolojik bir "süreç"ten rahatsız oldukları için anlaşılmaları mümkün olmayan psikotik hastalar bulunduğunu söylüyordu. Bununla birlikte, fenomenoloji, *bozukluğu* açıklayan psikotik olguya yaklaşma ve onu algılama olanağı verir.

L. Binswanger akıl hastalarının "özel dünyalar"ını anlatmayı amaçlayan "yaşam analizi"nin yaratıcısıdır. *Fenomenolojik İncelemeler*'de "katıksız ve aşkın (transcendantale) fenomenoloji" üstüne bilim olan bir psikiyatri geliştirmek istemiştir. "Husserl'in bilimi", "iradi bilinç" ("bilinç organizma"nın iradi yapısı) "biyolojinin vücut hekimliği için gerçekleştirdiği şeyi psikiyatr için" gerçekleştirecektir. "Organizma" sözcüğü bedensel bir belirtinin tanınabileceği (vücut hekimliği organizma bilimidir) temelse eğer, "psikiyatri" denen ruhun biliminin de "aşkın bilinç" üstün-

de temellenmesi gerekir. Ruhsal hastalık bu özelliğiyle bu perspektif içinde tanımlanabilir. Böylece, "iç psikozlar"da değiştiren değil, değişmiş olan unsurun ortaya çıkarılması istenir. Ne ruhsal oluşum, ne organik oluşum söz konusudur, "aşkın bir oluşum"dur bu. Bu perspektif içinde psikotik olgu aşkın işlevlerin (herkesin payına düşen) yapısını zaafları içinde irdelemenin doğal bir kanıtlaması ve ayrıcalıklı fırsatıdır. "Sadece deneyimin temel stil içinde sürekli izlemesiyle geliştirilen bir varsayım içinde bir gerçek dünya vardır, deneyimin aynı temel üslup içinde sürekli izlediği gerçek dünya vardır. Aşkın bir önvarsayım (*Voraussetzung*), aşkın bir güven (*Vertrauen*) söz konusudur. Şizofrenik dünyanın sonu bu aşkın güvenin ve gerçeklik yitiminin yok oluşunun en çarpıcı örneğidir..." (R. Ebtinger'den).

Psikanaliz ve fenomenolojinin bazı ortak sezgileri ve tavırları olmuştur. Belirtilerin ve belirgin özelliği nesnelleştirici gözlem olan bir tıbbi yaklaşımın ötesinde, bunların varlığın özüne işleme hırsları vardır ve psikoterapik bir girişime ve hastanın anlaşılmasına temel oluşturabilirler.

## III. – Ailevi etkileşimler. Nörodinamik teoriler ve ortamla etkileşimler

**1. Ailevi etkileşimler.** – Burada ancak İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra geliştirilen patolojik ve patojen ailevi etkileşim modellerinden söz edilebilir. Bu bağlamda, irrasyonalite sadece şizofren hasta düzeyinde değil, onu çevreleyen ilişkiler ağındaydı aynı zamanda ve bunların başında da ana-baba ve aile geliyordu. Bu yaklaşımın semiyoloji-

si sözlü ve sözsüz iletişim, heyecanlar düzeyinde yer alır. Şizofrenin patolojisinin esas sorumluluğunun aileye yüklenmesi noktasına gelinmiştir böylece. Bugün, bir perspektif değişikliği içinde, ağır basan eğilim, çevrenin tavrının, büyük ölçüde ağır hasar görmüş bir psikotiğin yaşama uyum sağlama sorunlarını yansıttığı yolundadır. Bu bağlamda, Gregory Bateson ve Donald Jackson ve bunların *ikilem* modellerinden, Ruth ve Theodore Lidz (1965) ve ailenin bozulması modelinden, Lyman Wynne ve Margaret Singer'den (1963) söz edilebilir. Nihayet, "ifade edilen heyecan" ve içte kalan heyecanla ilgili araştırmalar günümüzde hâlâ önemlidir: ifadede aşırılık, eleştiri, yüksek heyecan, hastalığın tekrarlamasında ve gelişme özellikleri bağlamında rol oynar.

**2. Nörodinamik teoriler ve ortamla etkileşimler.** – Stres karşısında kırılganlık hipotezi interaktif güçler içerir. Finlerin yaptığı bir araştırmadan çıkan önemli bir argümana göre, sadece duygusal açıdan patolojik bir aileye evlatlık olarak verilmiş genetik riski yüksek olan çocuklar şizofren olabiliyorlardı, buna karşılık, kırılganlıkları yüksek olan (genetik yük nedeniyle) ama sağlıklı bir ailede büyüyen çocuklarda psikoz görülmüyordu.

Bu kırılganlık modelinin babaları olarak çoğu zaman iki psikanalist gösterilir: Sandor Rado ve Paul Meehl. Rado'ya (1956) göre, kırılgan bir tipin çevreyle etkileşimi "şizofrenik bir karakter", belirgin özelliği zevk alamama olan (dolayısıyla motivasyon eksikliği) "şizotip" denen bir kişilik özelliği ortaya çıkarabilir. Bu "anedoni" şizofrenik tipin tavır ve davranışlarını açıklar: aileye ve başkalarına

büyük bir bağımlılık, heyecan ilişkileri yaratamama, tuhaf davranışlar vb.

Meehl'e göre (1954), "şizotaksi" dediği şizofrenik tip, sosyal deneyim hastalıklarına (tuhaf bir kişilik çıkar ortaya), bilişsel hastalıklara, anedoniye, karşıtlık birliğine, insani ilişkilerden kaçma durumuna götüren sinirsel bir entegrasyon eksikliğine dayanır. Şizotipiden şizofreniye geçiş çevreye bağlı stresin özelliklerine, ağırlığına ve yardım ve desteğin olup olmamasına bağlıdır. Burada kırılganlıkla ilgili güncel teorilerin öncülleri bulunur.

## IV. – Nöropsikoloji, sinirsel-bilişsel yetersizlik

Kraepelin ve Bleuler entelektüel işlevin azalması ve bozulması üstünde duruyorlardı. Daha sonra, bu bağlamda, bir ilgisizlik görüldü ve otuz yıllık bir aradan sonra incelemeler göstermiştir ki, şizofrenlerin entelektüel katsayısı denetlenen hastalarınkinden aşağıdır. Bu yetersizlik uzun süre bir motivasyon düşüşüne, düşüncelerdeki düzensizliğe ve pozitif belirtilerin bozulmasına (saçma düşünceler, halüsinasyonlar vb.) bağlanmıştır. Hatta bir savunmanın, yani *Ben*'in korunmasıyla ilgili psikolojik bir mekanizma olduğu bile düşünülmüştür.

Aslında, araştırmacılar günümüzde psikotik belirtilerin ortaya çıkmasından önce mevcut temel bir hastalığın söz konusu olduğu noktasında birleşiyorlar. İşlevsel yetersizliği, sosyal ve mesleki uyumsuzluğu açıklama bağlamında en önemli unsur budur. Bilişsel değişmelerin ağırlığı uyum-

suzluk ve engelin önemiyle ilişkilendirilmiştir, tıpkı kafalarına darbe alanlarda ya da demans durumlarındaki gibi.

Bellek: şizofrenlerin sözcük listelerini, sözcük çağrışımlarını, öyküleri, şemaları vb. akıllarında tutma konusunda zorlukları vardır. Gerçekten de, bu bağlamda, akılda tutmaktan çok kodlama güçlükleri söz konusudur. Tanıma belleği hafif zedelenmiştir: Motor öğrenme (çözümleyici) mümkündür: sözgelimi, hareketli bir hedefi izleyebilme yeteneği alıştırma yoluyla iyileştirilebilir.

Uygulayıcı işlevler: şizofrenik eksikliklerin temelinde dikkati düzenleyen, öteki kapasiteleri düzenleyen ve soyutlama yapan uygulayıcı işlev bozuklukları vardır. Bunlar bilginin işlenmesini sağlarlar... Sözgelimi şizofrenlerin şu güçlükleri vardır: bir eylem planı geliştirmek ve bu planı izlemek; çözümü hemen mümkün olmayan problemleri çözmek; kazanılmış bilgilerin yeni kombinezonları gerektiğinde problemleri çözmek (kural değişikliği). Bu zorluklar kısmen çalışma belleği sıkıntılarından kaynaklanır.

Şizofrenlerin dörtte üçünde bu tür bilişsel rahatsızlıklar görülür. Sözgelimi tek yumurta ikizlerinde, bellek, dikkat, uyanıklık, psiko-motor hız ve akıcı konuşma testlerinde şizofren ikiz sağlıklı ikize göre çok daha düşük skorlar elde eder.

Bu bağlamda, çalışma belleği işlevlerini irdeleyen *Wisconsin Card Sorting Test*'ten (*WCST*) büyük ölçüde yararlanılmıştır. Geçiş sırasında düzenleme örtük biçimde değişir. Şizofrenler, hastaya testin bu özelliği konusunda bilgi verilmiş olsa bile, başarılı olamazlar burada.

Basit görsel işlevler de bozulmuştur. Testleri tamamlamak için, kapasitelerin tümünü düzenleyen sentetik ka-

pasiteler de olumsuz etkilenmiştir. Dolayısıyla, karmaşık işlevlerin yerine getirilmesi bağlamında başarısızlık söz konusudur.

**Dikkat**: şizofrenlerin şu alanlarda zorlukları ve uyumsuzlukları vardır: özellikle uyarıları çözme zorluklarıyla birlikte uyanıklık; uzun süreli dikkat yoğunluğu; özellikle belirli bilgilerle ilgili olarak, potansiyel oyalayıcı uyarıların önemsenmemesiyle birlikte ayırıcı dikkat; dikkati bölme, yani birçok bildiriyi aynı anda ve bir sıraya göre işleyecek biçimde dikkat kapasitelerini dağıtabilme yeteneği; hedef olarak gösterilemeyen birimlerden oluşan bir bütün içinde hedefleri ayırt edebilme güçlükleri.

Elektrofizyoloji oyalayıcı uyarılara aşırı duyarlığı doğrular. Bazı potansiyellere verilen anormal cevapları gösterir. Çeşitli görsel ve sesli uyaranlara çabuk olmayan, pek uygun olmayan cevaplar verilir sözgelimi. Testlerde başarısızlıklar gözlemlenir ve bunun nedeni hastanın, amacının gerekliliklerini hatırlamamasıdır (çalışma belleği), verilen talimatı aklında tutamaması gibi...

Motor kapasiteler: hareketleri taklit etmede motor düzensizlikle birlikte bir yavaşlık vardır, amaçların yerine getirilmesinde bir kesiklik görülür. Hataları düzeltme ve koordinasyonu iyileştirme olasılığı yoktur. Takıntılar, bir etkinlikten ötekine geçişte, bir eylemi sonlandırmada zorluklar görülür. İleriki sayfalarda gözle izleme sıkıntıları, şizofren yakın akrabalarda bulunan beyinsel işlevsizliğe bağlı bir hastalıkla ilgili sürekli yetersizlik ve belirleyicilikten söz edilecektir.

**Dil**: düşünce ve iletişim düzensizliği bulunmasına rağmen, genellikle dili irdelemek amacıyla yararlanılan stan-

dart testler önemli bir anormalliği sürekli ve anlamlı bir biçimde açığa çıkaramazlar.

**Görsel ve işitsel algı**: objelerin tanınması mümkündür. Arka loblara bağlı bilişsel işlevler zarar görmüş gibidir.

**Bilişsel yetersizlikler ve şizofreni**: geleceğin şizofrenleri 8 yaşından başlayarak dikkat sorunları yaşarlar, okuma ve hesap konusunda zorlukları vardır. Anası ya da babası şizofren olan ve dikkat sorunu yaşayan çocuklar şizofrenik korkuyla ilgili hastalıklar konusunda büyük bir risk altındadırlar. Eğer dikkatle ilgili sıkıntıları yoksa risk çok daha düşüktür. Günümüzde çocukluk çağından beri fark edilebilen patoloji öncesi bilişsel işlev yitimlerinin bir şizofreni riskini artırdığı kabul edilmektedir.

**Sinirsel-bilişsel yetersizlik ve sürekli gelişen teşhis**: bir ilk oluntu dönemi geçiren şizofrenlerin yüzde 85'i bir yıl içinde iyileşme belirtileri gösterirler. Bununla birlikte, bu hastaların üçte ikisi sosyal ve mesleki engellerle birlikte yaşarlar ve özerkliklerini büyük ölçüde yitirirler. Olumlu bir gelişme gösterenlerin sadece yüzde 15'i normal insanlarınkine benzeyen bilişsel bir düzeye sahip olabilirler. Böylece, bilişsel yetersizliğin ağırlığı olumsuz gelişmenin bir ön belirtisi olarak görülebilir. Aşağıdaki noktalarda nispi bir konsensüs sağlanabilmiştir:

– Bilginin işlenmesinin temel bilişsel süreçleri (çok hızlı –10 ms'nin altında– bilinçsiz ve istenç dışı) etkilenmezler rahatsızlıktan. Buna karşılık, hastanın az çok bilinçli ketlemesine yol açabilen ve bir dikkat çabası gerektiren daha yavaş bilişsel süreçler etkilenir hastalıktan. Bilişsel işlevlerin çoğu (algı, dikkat, dil, bellek) etkilenir.

– Yukarıda üst-tasarımların değişmesiyle birlikte C. D. Frith modeli görüldü.

Bilişsel yetersizliklerin saptanması daha etkili bir tedavi umudu getirir ve bu bağlamda yeni antipsikotik ilaçlardan ve/veya bilişsel psikoterapilerden söz edilebilir.

## V. – Etiyopatojeni (anatomopatoloji, beyin röntgenleri, sinir aktarıcılar)

**1. Şizofreninin organik temelleri.** – Nöropatoloji: 1920'li yıllardan başlayarak şizofrenlerde beyin anormallikleri ve özellikle karıncıkların genişlemesi gözlemlenmiştir; bu alanda, 1927'de W. Jacobi ve arkadaşlarının gazlı ansefalografi çalışmaları ve otopside incelenen beyinlerden alınan sonuçlar önemlidir. Yeni beyin röntgenleri yöntemleri (scanner ve IRM, PET Scan vb.) ve histopatoloji bu nörolojik anormalliklerle ilgili çalışmalara ilgiyi artırmıştır. Karıncıkların (üçüncü karıncık ve yan karıncıklar) ve beyin yarıklarının genişlemesi doğrulanmıştır ama bir özgünlük yoktur ve denetlenen hastalarda global farklılıklar nispeten önemsizdir. Bunlar çoğu zaman kadınlardan çok erkeklerde bulunur. Ayrıca, beyin hacminin küçülmesi ve başka bazı anormallikler de gözlemlenir (bkz. aşağıdaki tablo).

### Şizofrenide beyin anormallikleri

1/ Beynin hatırlama sürecinde önemli rol oynayan kısmındaki *gyrus dentatus*'un tanecikli tabakasının yüzde 20-40 oranında azalması (tanecik hücrelerinin çoğalamaması).

2/ Sinir yoğunluğunun azalması: önbeyin korteksinin 6. tabakası, *gyrus cingulaire*'in 5. tabakası, *hareket ettirici korteks*in 3. tabakası, *cortex cingulaire*'de sinir sistemi doku hücrelerinin azalması.

3/ *Gyrus parahippocampique*'te üst tabakaların azalması, prealfa gruplarının heterotopisi, gliyoz eksikliği (dölütün gelişmesi sırasında nöronların yer değiştirmesinde bir anormalliği gösterir).

4/ *Gyrus dentatus* tanecik hücreleri tabakasındaki sinir hücrelerinin azalması (yüzde 10-30); sinir sistemi doku hücrelerinde azalma olmaz.

5/ *Cortex entorhinal*'de nöron hacmi ve sayısında azalma; sinir sistemi doku hücrelerinde bir artma görülmez.

6/ Bazı hastalarda *cortex entorhinal*'in *pial* yüzeyi ve prealfa hücreleri grupları merkezi arasındaki mesafenin artması (yüzde 23-30) (dölütün sinirsel gelişmesi sırasında hücrelerin yer değiştirmesinde bir bozukluğu gösterir).

7/ Beynin hatırlamada rol oynayan kısımlarında hücre yoğunluğunun azalması (sol kısımda büyük bir fark görülür [CA4]).

8/ Beynin alt bölümündeki çekirdekte ve *nucleus accumbens*'te nöron ve sinir sistemi doku hücre sayısının azalması.

9/ Beyin zarı tabakalarında bozulma, nöronların heterotipik yer değiştirmesi, *cortex entorhinal*'in üst katmanlarında nöron azalması.

10/ *Cortex cingulaire*'in katmanlarının çoğunda, özellikle 2. katmanda, önbeyin bölgesi katmanında nöron dağılım sayısında azalma (ketleme etkinliğiyle ilgili?) ve önbeyin 5. katmanındaki nöronların çoğunun yoğunlaşması.

Beyin röntgenleri (çeşitli teknikler: CAT-Scan, IRM, SPECT, PET-scan vb.) artık "işlevsel" psikozlar olmayan şizofreni anlayışlarını değiştirmiştir. 1976'da, İngiliz E. Johnstone grubu, şizofrenlerde çoğu zaman denetlenen hastalardan daha fazla beyin anormalliği bulunduğunu kanıtlamıştır ve bu teşhis daha sonraki bir yığın çalışmayla da doğrulanmıştır. Ama şizofrenler ve denetlenen hastalar arasındaki farklar sınırlıdır ve anormallikler çok özel değildir. Buna karşılık, bu anormalliklerin yanında nöropsikolojik testlerde ortaya çıkan performans yetersizlikleri ve negatif belirtiler görülür. Buna karşılık, beyin tabanındaki gri çekirdeklerde bir artış görülür büyük olasılıkla ve bu anormallik belki de nöroleptiklerle tedaviye bağlıdır (kullanımıyla birlikte o zamana kadar artan hacmin azalması sonucunu doğuran Klozapin dışında).

Canlılarda işlev araştırmaları beyin işlevlerinde, negatif belirtilerle birlikte, özellikle dilde, spontan hareketlerde bir eksilme, mimik, hareketlerle kendini ifade, duygulanım eksikliğiyle, sesin değişmesiyle birlikte bir azalma olduğunu göstermiştir.

İşitsel halüsinasyonlar kafatasının solunda, şakak kısmında, dil bölgelerinin işlevsel artışına denk düşerler. Broca'ya göre, dil bölgesinde işlevsel hiperaktifliğin beyinsel işlevselliğin azalmasıyla birleşmesi hastalarda kendi iç dillerinin değerlendirilmesi (başka birine mal edilir) konusunda bir bilgisizlik ve rahatsızlığa denk düşer. Aynı şekilde, *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST) ya da *Londra Kulesi Testi* bağlamında işlevsel testler en fazla etkilenen performansların, tedavi ne olursa olsun, alın korteksi etkinliğinde bir azalmaya denk düştüklerini göstermiştir.

Öte yandan, bu testler sırasında denetlenen hastaların tersine, şakak bölgesinde bir hızlanma görülür. Nihayet, N. C. Andreasen *ve arkadaşları* (1997) alın-sinir-beyin işlevsel hastalıklarını görselleştirmişler ve şizofreniyi "bilişsel bir disimetri" durumuna getirmişlerdir; beyincik rahatsızlıklarının disimetrisi ve motor düzensizlikleriyle bir benzerlik söz konusudur bu bağlamda. A. Stransky yüzyıl başından beri "ruhsal işleyiş düzensizlikleri"ni anlatmıştır.

**2. Sinir aktarıcılar ve sinir alıcılar.** – Beyin nöronları sinir hücrelerinin dokunma noktaları aracılığıyla bağlantı kurarlar aralarında ve bu düzeyde sinir akımı "sinir aktarıcılar"la sağlanır ve bunlar kısmen bu dokunma süreçlerinin daha sonraki bir düzeyinde "sinir alıcılar" tarafından tutulur. Elliyi aşkın sinir aktarıcı betimlenmiştir ama bunların sadece on kadarı akıl hastalıklarında inceleme ve araştırmaların esasına odaklanmıştır. Birkaç yıldan beri hücrenin tam içinde, dokunma noktalarının ötesinde, "gen aktarımı"yla ilgili olgularda ve gen fizyolojisinde yoğunlaşmıştır araştırmalar.

Günümüzde dopaminerjik hipotez psikotik olguların açıklanmasında ağır basar. Sürekli biçimde kokain gibi (dopaminerjik etkili) amfetamin ve uyuşturucu kullanımı gerçek anlamda deneysel bir model olan psikotik bir durumu ortaya çıkarır. Öte yandan, L-Dopa, Parkinson hastalığının tedavisi sırasında aşırı doz durumlarında Parkinson hastasının saçmalamasına ve halüsinasyon görmesine neden olur. Nihayet, nöroleptiklerin antipsikotik etkisi dopaminerjik aktarımın engellenmesine bağlı gözükmektedir.

1963'ten beri, A. Carlson'dan sonra dopaminerjik bir hiperaktivitenin, şizofrenik belirtilerin (özellikle pozitif belirti-

ler) ortaya çıkmasında önemli bir rol oynadığı sanılmaktadır. Gerçekten de, muhtemelen bir beyinzarı hipodopaminerjisi, bir de beyinzarı-altı hiperdopaminerjisi vardır.

Serotonin'in (5-HT) rolü Serotonin'e yakın liserjik asit (LSD) gibi ürünlerin halüsinojen kapasiteleri (5-HT-2A ve 2C) nedeniyle ön plana çıkarılmıştır. Öte yandan, yeni atipik antipsikotikler de (Klozapin, Risperidon) 5-HT-2 alıcılarının güçlü karşıtlarıdır ve D2 alıcılarından daha yüksek bir uyum gösterirler. Bu 5-HT-2 alıcıları büyük ölçüde alın bölgesi korteksinde dağılmışlardır; dopaminerjik nöronlar üstünde uyarlama etkisi yaparlar.

Öteki sinir aktarıcılar: bu bağlamda, araştırma ve incelemeler esasen dopaminin hidroksilasyonundan gelen noradrenalin (NA), glutamat ve öteki sinir aktarıcılar üstünde yoğunlaşmıştır: endorfinler, nöroptitler, CCK, cinsel steroitler vb.

**3. Hazırlayıcı faktörler.** – Genetik. Psikiyatride genetik araştırmalar için birçok tipten yararlanılır: aile araştırmaları, evlat edinme araştırmaları ve ikiz araştırmaları.

Aile araştırmaları: şizofreni riski şizofrenle genetik yakınlıkla orantılıdır. Sözgelimi, birinci dereceden bir akraba için psikoz riski 10 kat fazladır (genel nüfusu oranla). Şizofren bir kadının ana-babası, şizofren bir erkeğin ana-babasına oranla daha yüksek bir risk unsuru taşır.

Evlat edinme araştırmaları: evlatlık, dolayısıyla kendi aileleri dışında yetiştirilmiş çocuklardan şizofren ana-babaların çocukları bu patolojiden etkilenmemiş ana-babaların çocuklarıyla karşılaştırılmıştır. Şizofrenlerin çocukları bayağı yüksek bir risk altındadır. Buna karşılık, şizofren üvey ana-

**Şizofreni riski**

| Aile ilişkisi şizofrenler | % olarak |
|---|---|
| Ana-baba | 5,6 |
| Erkek/kızkardeş | 10,1 |
| Erkek ya da kızkardeş (ve şizofren ana ya da baba) | 16,7 |
| Şizofren ana ya da babanın çocuğu | 12,8 |
| Şizofren ana-babanın çocuğu | 46,3 |
| Dayı, amca, hala, teyze, yeğen | 2,8 |
| Torunlar | 3,7 |
| Genel nüfus | 0,86 |

baba tarafından yetiştirilen şizofren olmayan ana-babaların çocukları yüksek bir şizofreni riski taşımazlar.

İkizlerle ilgili araştırmalar: üreme hücreleri aynı olan gerçek tek yumurta ikizleri üreme hücreleri sadece yarı yarıya ortak olan çift yumurta ikizleriyle karşılaştırıldığında, birinci grupta şizofreniyle uyum oranı yüzde 50, ikincisinde ise sadece yüzde 10'dur. Dolayısıyla, erkek ya da kız kardeşin şizofren olduğu tek yumurta ikizleri için risk beş kat daha yüksektir ve bu durum açık seçik bir biçimde genetik bir faktörün varlığını gösterir. Ama yüzde yüz bir uyum söz konusu değildir, bu da sadece genetik faktörlerin bulunmadığını gösterir.

Gebelikle ilgili etkenler: şizofren olacak kişilerin çoğu zaman gebelik ve doğurma sırasında komplikasyonlarla karşılaştıkları açık seçik biçimde gösterilmiştir. Ayrıca, bu gibi eski olgular büyük olasılıkla daha çok erken dönemde başlayan şizofreni hastalıkları ve erkek hastaları etkiler. Erken doğum, yorucu ve uzun çalışmalar, oksijen yetersizliği,

dölüt sıkıntısı büyük olasılıkla oksijensizlik ve kansızlıkla birlikte sinirsel bir rahatsızlık oluşturarak beyni hasara uğratır (karın bölgesinde kanama, beynin hatırlama süreçlerini etkileyen bölgesinin zedelenmesi vb.). Öte yandan, embriyo döneminde sinir ağlarındaki tıkanmalar doğum komplikasyonları oluşturabilirler ve bu komplikasyonlar dölütün beyinsel gelişme anormalliklerinin nedeninden çok bir sonucudur. Büyüdüklerinde şizofren olacak bebeklerin kafaları doğumda normalden daha küçüktür.

Doğum öncesinde virüs ve beslenme hastalıkları: Birçok ülkede, geleceğin şizofrenlerinin doğum oranlarının kış mevsiminde daha yüksek olduğu açık seçik bir biçimde gösterilmiştir (kuzey yarımküre için kış ve güney yarımküre için de yaz). Kış doğumlarındaki fazlalık oranı yaklaşık yüzde 15'tir. Öte yandan, gerçekleştirilen birçok çalışmaya göre de gebeliğin ikinci üç aylık dönemindeki grip salgınları çocukta şizofreni riskini artırmaktadır. Aynı şekilde, Hollanda'da 1944-1945 kışındaki açlık (gebelik döneminde) daha çok sayıda şizofren adayı çocuğun doğmasına yol açmıştır.

## VI. – Risk faktörleri

**1. Yüksek risk altındaki çocuklarla ilgili araştırmalar.** – Genetik araştırmaları şizofren ana-babaların çocuklarının hastalığa yakalanma riskinin yüksek olduğunu gösterdiğinden (yüzde 15), 1950 yıllarından başlayarak bu patolojiyi gösterme riski yüksek çocuklarda ya da yeniyetmeler arasında yatay anketler yapılmıştır (B. Fisch, S. A. Mednick, J. Parnas vb). ABD'de (Kaliforniya ve New

York'ta, UCLA'da), Kopenhag ve İsrail'de gerçekleştirilen bu araştırmalar farklı sonuçlar vermiştir:

1/ Çocuklukta çoğu zaman gelişmeyle ilgili erken hastalıklar bulunur ve bu hastalıklar hareket, algı, dikkat ve nöro-entegrasyon rahatsızlıklarıyla birlikte yaygın bir olgunluk bozukluğuna da tanıklık ederler.

2/ Bu çocuklarda, daha sonra, çoğu zaman okul yaşamıyla ilgili rahatsızlıklar, dille ilgili zorluklar, insanlararası ilişkilerde ve sosyal kapasitelerde anormallikler (oldukça etkileyici saldırganlık ve içe kapanma) ve dikkat rahatsızlıkları ortaya çıkacaktır.

3/ Şizofreninin habercilerinin belirgin özellikleri gizli, biçimsel rahatsızlıklar, tuhaf kaçan heyecanlar ve belli bir eksantrikliktir.

4/ Anne ya da babası şizofren olan çocuklarda şizofreni riski (*DSM-III-R* ölçütleri) yüzde 10-16'dır ve "şizotipik rahatsızlıklar"da ise yüzde 22'dir (J. Parnas *ve arkadaşları*, 1996). Ana-babaları tarafından değil, 'kibbutz'ta yetiştirilen yüksek risk altındaki çocukların daha az risk taşıdıklarını varsayan İsrail araştırmaları geçerliliğini yitirmiştir artık. Bir Danimarka araştırmasına göre, bir kurumda yetiştirilen çocuklar (eski model) kendi ailelerinde yetiştirilmiş çocuklara göre daha fazla risk altında olurlar.

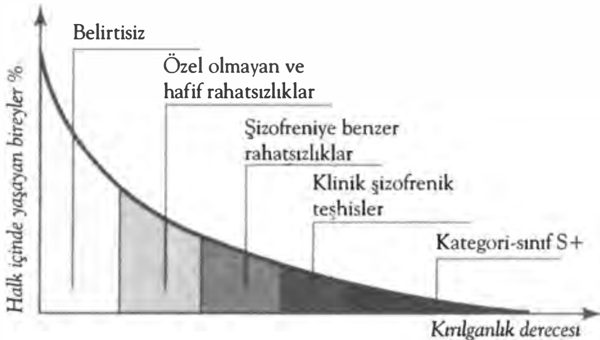
5/ Böylece, zararlı çevre faktörleri ancak genetik hazırlayıcı faktörler bulunduğu takdirde rol oynayabilirler. Sözgelimi, Kopenhag araştırmaları göstermiştir ki, doğum öncesi ve sonrası hastalıklar ancak genetik bir kırılganlık varsa patojendirler. Bu doğum öncesi ve sonrası faktörler ve karın büyümesi arasındaki bağlantı hasta bir ana-babası olmayan çocuklarda en alt düzeyde ve ana babaları şizofreni haya-

letine ait olan çocuklarda en üst düzeydedir. Aynı şekilde, Kaliforniya araştırmaları da aile içi, negatif duygusal ilişkilerin (ifade edilen heyecanlar) ve iletişim rahatsızlıklarının özellikle genetik faktörler de bulunduğunda patojen gözüktüklerini kanıtlamıştır. Böylece, bu veriler sinirsel gelişme rahatsızlığı teorisine argümanlar getirirler.

Şizofreni riskine açık özel bir kırılganlık için "şizotaksi" sözcüğü, şizofreni hayaletine dahil olan kişilik tipine "şizotip" ya da "şizotipal" sözcüğü önerilmiştir (*DSM-IV*, II).

Bleuler'in de söylediği gibi, geriye dönük anketlerin gösterdiğine göre, geleceğin şizofrenleri daha çocukluk dönemlerinde kendilerini arkadaşlarından ayıran özgül olmayan anormallikler sergiliyorlardı.

**2. Şizofreniden önce şizofrenler. Çocukluk dönemi belirtileri.** – Ama en inandırıcı verileri sağlayanlar gele-




Şekil IV – Kırılganlıktan şizofreniye teorik dağılım (H. Häfner ve arkadaşları, W. F. Gattaz, 1990).

ceğe dönük anketlerdir. İki İngiliz topluluğu şizofrenilerin çocukluk çağındaki belirtilerini gösterme olanağı vermiştir: 1946'da doğan çocuklardan oluşan ve kırk yılı aşkın bir süre izlenen topluluk (P. Jones *ve arkadaşları*) ve 1958'de doğan çocuklardan oluşan topluluk (D. J. Done *ve arkadaşları*, 1994). Şizofreni öncesi çocuklar çoğu zaman sosyal ilişkilerden kaçarak yalnızlık içinde yaşamayı tercih ederler. Öte yandan, dil ve okullaşma rahatsızlıkları da vardır.

## VII. – Şizofrenilerin sinirsel gelişme hipotezi

ABD'de D. R. Weinberger ve Londra'da R. M. Murray ve S. W. Lewis tarafından geliştirilen bu hipotez şizofrenik patoloji konusunda en uygun tezdir belki. Buna göre, etiyolojik faktörlcr gcbclik ve doğurma sırasında etkili olurlar ve şizofreni adayının beyinsel yapısını ve işleyişini erken dönemde bozarlar. Bu doğum öncesi ve sonrası beyinsel rahatsızlık ve yeniyetmelik döneminin sonunda belirtilerin ortaya çıkması arasındaki gizlilik gerçek anlamda ancak yeniyetmelikte son bulan merkezi sinir sisteminin normal olgunlaşmasındaki yavaşlıkla açıklanabilir.

Doğrudan bir kanıt yoktur ama bu perspektif içinde entegre olabilecek argümanlar ve veriler demeti vardır. "Sinirsel gelişme" merkezi sinir sisteminin gelişmesi (normal) anlamına gelir ve bu "ruhsal gelişme"ye ya da psikopatolojinin üstünde bugüne kadar çok sayıda spekülasyon yaptığı (gözlemlenmesi daha kolay olduğundan) psikolojik ve davranışsal gelişmeye benzetilebilir. Günümüzde, sinirsel gelişme, embriyo oluşumundan ancak yetişkinlik

döneminde son bulan beyinsel olgunlaşmanın sonuna kadar oldukça iyi tanınıyor. Dolayısıyla, söz konusu olması gereken sinirsel-anatomik bir rahatsızlıktır. Bu rahatsızlık dejenere etmez. Bu anlamda, argümanlardan biri beyin gliyozunun bulunmamasıdır (Alzheimer hastalığı gibi sinirleri tahrip eden hastalıkların tersine) ve bunun anlamı sinir tahribatının söz konusu olmaması ve lezyonların bir tür beyinsel yara izi gibi belirlenmiş olmalarıdır.

Öte yandan, epidemiyolojik argümanlar da vardır. Aile bütünlüğü şizofreni riskini genetik yakınlık derecesiyle bağlantılı bir oranda artırır. Ama sadece genetik şizofreninin ortaya çıkışını açıklayamaz. Sinir sistemine öteki saldırılar riski artırırlar: virüs enfeksiyonu (gebeliğin ikinci üç ayında grip virüsü) ve müstakbel şizofrenlerde çok görülen jinekolojik komplikasyonlar. Bunlara, Hollandalıların anketlerinde görüldüğü gibi, beslenme faktörleri (1944-1945 yılındaki açlık), dölüt anne RH kan uyuşmazlığı eklenebilir.

V. Bölüm

# ŞİZOFRENİNİN TEDAVİSİ

## I. – Eski tedaviler

E. Bleuler kitabında tedaviye yaklaşık yirmi sayfa ayırıyor ve "bir psikozun doğal bir biçimde iyileşmesini kendi müdahalelerine bağlamayan bir hekimin tavrının en olumlu tavır olacağını" söylüyor ve bu da tedavinin etkisizliğini saptamanın en ince yoludur. Bleuler, buna karşılık, psişik tedavinin ciddiye alınması gereken tek çare olduğunu söylüyor. O dönemin olanaklarının bir dökümü çıkarıldığında çarelerin yetersizliği görülüyor.

Her türlü yöntem uygulanmıştır. Barsaklardaki pisliklerin hastanın beynini etkilemesine engel olmak için kalınbarsağın göden ve körbağırsak arasındaki bölümünün cerrahi müdahaleyle çıkarılmasına kadar gidilmiştir. Böbreküstü bezlerinin alınması uygulamaları gerçekleştirilmiştir. 1920 ve 1930 yıllarında vardiozole şok tedavileri uygulanmış ve kâfur kullanılmıştır (Von Meduna). İnsülinle hipoglisemi koması ya da Sakel tedavisi 1960-1970 yıllarına ka-

dar geçerli olmuştur. 1949 Nobel Tıp Ödülü sahibi, beyin arteriyografisini bulan Portekizli Egas Moniz 1939'da "lobotomi"yi önermiştir: beyin lobu sinir bağlantılarının cerrahi müdahaleyle kesilmesi. Bu "önalın lökotomisi" büyük ölçüde yararlanılan bir yöntemdir. 1938'de Cerletti ve Bini Roma'da ilk kez bir şizofrene "elektroşok" (ECT) uygulamışlardır. Günümüzde de bazı şizofreni vakalarında uygulanmasına rağmen, ECT özellikle iki kutuplu akıl hastalıkları için tavsiye edilmektedir. Hatta yirmi yıl önce varsayımsal toksik maddelerin temizlenmesi amacıyla şizofrenlere hemodiyaliz yapılması önerilmiş ama yalancı hemodiyalizle gözlemlenen olgularda sağlanan iyileşmelerin karakteristik bir etkisi olmadığı anlaşılmıştır.

## II. – Şizofrenlerin tedavisinde güncel ilkeler

Şizofrenik patoloji gösteren hastaların tedavisinde izlenmesi gereken belli başlı yolları gösteren iki yapıt (biri Fransız, öbürü Amerikan) vardır:

1/ 1994'te ANDEM (Ulusal Tıbbi Değerlendirme Ajansı) tarafından yayınlanan "uzmanlar" metniyle birlikte konsensüs denen konferans.
2/ 1997'de American Psychiatric Association (APA) tarafından yayınlanan *Şizofrenlerin Tedavisi İçin Pratik Reber.*

APA rehberi şu tespitle başlar: "Şizofreniyi iyileştiren bir tedavi yoktur ama tedavi kötüye gidişi (yani patolojik belirtileri) yavaşlatabilir ve ölüm oranını düşürebilir. Bu

bağlamda, amaç, patolojik oluntuların sıklığını, ağırlığını ve psiko-sosyal sonuçlarını azaltmaktır. Bu patolojide toplumsal destek kurumlarının, rehabilitasyon servislerinin rolü önemlidir."

Tedavi bağlamında belli başlı ilkeler şunlardır:

- Hastayla bir "tedavi ittifakı" kurmak ve bu ittifakı sürdürmek, tedaviyi aynı psikiyatrla ve aynı sağlık ekibiyle sürdürmek. Bu bağlamda, ortak çabalar önemlidir. Aileye, akrabalara, "başka ilgililer"e bu önlemlerin önemi anlatılmalıdır.
- Ağır oluntular saptanmalı ve olabildiğince erken tedavi edilmelidir.
- Uzun vadeli bir süreç söz konusu olduğundan tedavi stratejisi bu perspektiften ele alınmalıdır.
- Hastalığın tekrarlamasının işaretleri olabilecek bilişsel, davranışsal değişiklikler ve karakter, mizaç değişikliklerinin saptanması önemlidir. Gerçekten, hastalık ne kadar çok tekrarlarsa etkilerinin ve yansımalarının da o kadar ağır olduğu bilinmektedir ve teşhiste dikkatli olmak gerekir.
- Hastaların ve yakınlarının eğitilmesi, hastalık ve tedavisi konusunda sürekli açıklamalar yapılması ve uyum konusunda bilgiler verilmesi esastır. Hasta, çevresi ve tedavi ekibinin son çalışmalardan ve bilgilerden, yeni tedavi yöntemlerinden haberdar edilmesi gerekir. Gerçek anlamda sürekli bir öğrenme söz konusudur bu bağlamda. Broşürler ve basılı araç gereçlerle yardımlaşma mümkündür.
- Kesinlikle yararları ve pozitif etkileri belirtilen ilaçların önemi ama aynı zamanda da muhtemel yan etkileri, sakıncaları, sıkıntıları saptanmalı, bunlar hafifletilmelidir ve hastaya açıklanmalıdır durum.

- Kurallara uyma (yani tedavide "işbirliği" ya da "tedaviye katılım") genellikle belirsizdir. Hastaların büyük bölümü ilaçlarını almazlar (yalnız yaşayabilen hastaların yüzde 40'ı). Gerçekten, hastalığın kabul edilmemesi ve nöroleptik kullanımına bağlı olarak yara oluşması korkusu sık rastlanan bir durumdur. Yan etkiler hastaları korkutabilir: akinezi (psiko-motor yavaşlama ve engelleme), ekstra-piramidal sendrom (Parkinson hastalığı belirtileri veren), içsalgı bezleriyle ilgili rahatsızlıklar, çoğu zaman fark edilmeyen ve bilinmeyen cinsel rahatsızlıklar.
- Hastaya telefon etme, onu evinde ziyaret etme, sık sık, hatta bazı dönemlerde her gün dispanserlere ya da sağlık kurumlarına gitmesini sağlamak.

Böylece, hastanın yaşam koşulları ve insani ilişkilerinin kalitesi yükseltilmeye çalışılır. Sözgelimi, ona herhangi birinin yanında saçma düşüncelerinden ve halüsinasyonlarından söz etmemesi öğretilir; buna uymayan hastaların dışlanmalarının ve marjinalleşmelerinin en doğrudan ve sık görülen nedenidir bu. Hastaya davranışlarını kontrol etmeyi geliştirmesi öğretilir. Yeni bilişsel-davranışsal tekniklerle kendisini asgari biçimde ifade etmesini ve olumsuzlamasını sağlayacak olan uygun, kabul edilebilir davranışlar öğretilir, yani "sosyal bir kapasite"ye sahip olması sağlanır. Özellikle hastalığının tekrarlama döneminin başında patolojisinin belirtilerini tanıması öğretilir. Öte yandan, yakınındakilerin yükü ve sıkıntıları da hafifletilir. Onlara çeşitli tedavi servislerinin, sosyal servislerin bulunduğu yerler öğretilir, sosyal yardım önlemlerinden, engellilere yardımdan haberdar edilirler: adres, telefon, ilişki kurulması gereken kişi (hekim ya da yardımcıları) vb.

Bu bağlamda, çoğu zaman tedavi ekiplerinin kendilerinin de desteklenmesi, sürekli bilgilendirilmeleri, tedavi motivasyonlarının ve tutarlılıklarının süreklilik kazanması için çaba göstermek gerekir ("kurumsal toplantılar"). Kronik psikotiklerin tedavisi zor ve yorucudur ve bıkkınlığa neden olabilir (*burnout* sendromu ya da profesyonel demotivasyon).

ANDEM konsensüs konferansı sonuçları (1994) şizofreninin sık görülen, önemli bir hastalık olduğunu belirtmiştir. Çeşitli tedavilere cevapları değerlendirmek için *CIM-10* ya da *DSM-IV* tip kriterlerinden, *BPRS (Brief Psychiatric Rating Scala)* ve PANSS'tan sistemli biçimde yararlanmak tavsiye edilir. Nöroleptikler erken dönemde verilmelidir ("bir şans olabilir bu"), ender durumlarda kesilmelidir ve dikkatli davranmak gerekir bu konuda (hastalığın tekrarlama riskleri). Yaşamlarını kendi başlarına sürdürebilen hastalarda ilaçları ihmal etme oranı yüzde 30'dur. Etkili tedavi ve olumsuz yan etkilerden kaçınma arasında en yüksek dozu bulabilmek esastır bu bağlamda. Hastanın bilgilendirilmesi ve tedaviyi kabullenmesi çok önemlidir. Psikanalitik psikoterapi de önemini korumaktadır; bilişsel-davranışsal tedavilere gelince, bunlar "birçok soru işareti getirmektedir beraberinde". Nihayet, yeniden uyum sağlama ve ara tedavi kurumları da önemlidir.

## III. – Şizofreninin tedavisi (nöroleptikler ve başka ilaçlar)

İlaç tedavileri sadece hastalığın ağırlaştığı dönemleri kapsamaz, aynı zamanda hastalığın tekrarlamasını engel-

ler ve uzun vadeli bir tedavi yoludur. Özellikle pozitif psikotik belirtiler görüldüğünde (saçma fikirler ve halüsinasyonlar) etkili olur. İdeal anlamda çoğu zaman yineleyen ve negatif belirtileri ve yetersizliği de yok etmek gerekir. Yeni ilaçların amacı bu negatif belirtileri yok etmektir.

Antipsikotik ilaçlar yaklaşık elli yıldır kullanılmaktadır: "klasik nöroleptikler"e "atipik" denen yeni nöroleptikler eklenmiştir. Farmakolojik tedavinin esasını bunlar oluşturur. Bununla birlikte, alt hasta grupları için ruhsal durumu dengeleyici ilaçlar, antidepresif ilaçlar, rahatlatıcı ilaçlar da vardır.

Bu nöroleptiklerin kısa vadede etkileri kesindir. Bu ilaçlar psikiyatri hastanelerinin havasını büyük ölçüde değiştirmiş, hastaları rahatlatmış, onların bütün hastaneye bulaşabilen heyecanlarını ve saldırganlıklarını yatıştırmıştır. Diğer bir deyişle psikotiklerin topluma kazandırılmalarını sağlamıştır. Tedavinin başlamasından altı-on iki hafta sonra psikotik belirtilerin azaldığı açık seçik biçimde görülebilir. Etkinin kanıtları *Evidence Based Medicine* (*EBM*) ölçütlerine göre çoğu zaman "A düzeyi"ndedir, yani en inandırıcı istatistik ve bilimsel kanıtlama getirilebilmiştir.

Buna karşılık, ortada vadede bir etki daha sorunsaldır. Bununla birlikte, hastalıkların sık sık tekrarlamasına engel olan, hastalıkların yoğunluğunu azaltan, hastanın tekrar hastaneye yatmasına gerek bırakmayan ve iyi bir sosyal uyum sağlayan bu moleküllerin yararı üstünde herkes hemfikirdir. Nihayet, teşhisle ve hastalığın geleceğiyle ilgili olarak uzun vadeli etkilerin değerlendirilmesi sürekli hastane tedavilerine göre daha zordur. Bununla birlikte, bütün klinikçiler pozitif bir bilanço oluşturma konusunda uyum içindedirler.

**1. Nöroleptikler.** – Gerçek anlamda ilk antipsikotik ilaçlar Fransa'da ilk kez 1952'de Val-de-Grâce ekibi, daha sonra Paris'te Saint-Anne Hastanesi ekibi (J. Delay, P. Deniker ve arkadaşları) tarafından kullanılmıştır. 1950 yılında G. Charpentier ve S. Courvoisier tarafından sentez yoluyla elde edilen ve denenen Klorpromazin (Fransız Rhône-Poulenc Laboratuvarı'nın RP 4.560'ı) "vücut ısısının düşürülüp hastanın uyutulması"nda Henri Laborit ve arkadaşları tarafından anestezi ve reanimasyon alanında kullanılmıştır. Bu denizci cerrah bu molekülün sağladığı rahatlatıcı etkiyi fark etmiş ve psikiyatrik hastalar için faydalı olduğunu görmüştü. J. Delay ve P. Deniker "nöroleptikler" kavramını yavaş yavaş geliştirmişler, beş noktada bir tanım getirmişlerdir: özel bir rahatlama durumu, antipsikotik etki, ekstra piramidal bir sendrom ve beyin zarlarının altındaki merkezlere etki.

İlk kimyasal fenotiozinler grubunu bütirofenonlar (Haloperidol) grubu ve başka gruplar (tioksantenler, bugün "atipik" nöroleptik gibi gösterilen amisülprid gibi değişik benzamidler) izlemiştir. Bu nöroleptikler ağızdan ya da iğne yoluyla verilebilir. Ne yazık ki, birçok hasta ilaç almayı ihmal etmiş ya da reddetmiştir (hastanelerdeki hastaların yüzde 20'si ve hastane dışındakilerin yüzde 70'i). Öte yandan, 1967'den başlayarak, iğne yoluyla verilebilen uzun süre etkili nöroleptikler ya da geç etki eden nöroleptikler haftada sadece bir kez, on beş günde bir, hatta çoğu zaman ayda bir nöroleptik vererek tedavi etme durumuna olanak sağlamıştır. Önemli bir istikrar unsuru olan tıbbi ve hemen hemen zorunlu bir ilişkinin yararı dışında, bütünüyle sürekli, nöroleptiklerin plasma

oranlarının değerlendirilmesiyle denetlenebilen ve uyarlanabilen nöroleptik bir etki de görülür bu bağlamda.

Bütün bu tedaviler psikiyatri servislerinin havasını bütünüyle değiştirmiş ve o döneme kadar hastanelerde kronikleşen psikotiklerin büyük bölümünü hastane dışına çıkarmıştır. Nöroleptik ilaçlardan önce psikiyatri hastanelerindeki hasta ve yatak sayısı sürekli artıyordu. 1950'lerin ortalarında birçok ülkede bu eğri yeniden gerilemiştir. Böylelikle, hastanelerdeki yatak sayısı yarı yarıya düşmüştür. Kamu yönetimlerinin psikiyatri hastanelerini kapatma çabalarına her zaman belirtileri gizli kalan ama psişik bir yetersizlik içinde engelli olan ve psiko-sosyal etkinliği bağımlı olan bu hastaların bakım ve tedavilerini üstlenecek olan yeni ara kurumların ve gerekli ekiplerin oluşturulması eşlik etmemiştir.

**2. Klasik nöroleptiklerin yan etkileri ve komplikasyonları.** – Yeni moleküller, özellikle erken ve geç ekstra piramidal etkiler geliştirme zorunluluğu doğuran çok sayıda istenmeyen etki ve komplikasyon ortaya çıkmıştır.

- Ağır ağız-dil-göz-yüz kas ve sinir refleksleri bozukluğu (yüz kaslarının kasılması).
- Çene kilitlenmesi (çenelerin kasılması), ağzın açılması ve dilin dışarı sarkması.
- Kafanın büyümesi, gözlerin sabit bir noktaya kilitlenmesi.
- Aşırı tükürük salgılama, yutma güçlüğü.
- Boyun tutulması, boynun geriye kayması, vücudun kavisleşmesi.
- Parkinson sendromu: hipomimi, hareketsizlik, hafif titre-

meler, otomatik hareketlerin yitirilmesi (kol sallamaları), kasların gerilmesi vb.

– Oturur durumda kalma zorluğu, yürüme eğilimi (sabırsızlık, psiko-motor istikrarsızlık vb).

"Nöroleptiklerin bir süre sonra hareketsizliğe yol açmaları" nöroleptiklerin en fazla engelleyici ve en ciddi komplikasyonları olarak ortaya çıkmıştır ve bunlar aylar sonra ve özellikle yıllarca süren nöroleptik kullanımından sonra görülür, yaşlı psikotiklerin yarıdan fazlasını etkiler. Bu bağlamda, irade dışı, sürekli yinelenen hareketler (Saint-Guy dansı) söz konusudur: sürekli çiğneme, geveleme, dilin sarkması, çeşitli yüz hareketleri vb.; ayrıca, bedeni ve uzuvları etkileyen çeşitli yönlerde sendromlar, el ve ayak sallama, salınarak yürüme, bedenin dönmesi ve çıkıntı yapması. Bütün klasik nöroleptikler zararlı bulunmuştur. Geç dönemde gelen hareketsizliklerin yarıya yakını nöroleptiklerin kesilmesinden aylar sonra durur.

Nöroleptiklerin neden olduğu birçok başka (ama daha ender görülen) komplikasyon daha vardır: deriyle ilgili (lezyonlar) ve gözlerle ilgili (kornea ve katarakt) sorunlar, sindirim güçlükleri (kabızlık, hatta barsak tıkanması), kimi zaman karaciğer hücrelerinin etkilenmesi (sarılık), işeme zorluğu... Ayrıca, tansiyon düşüklüğü, atardamar rahatsızlıkları, libidonun küçülmesi ya da yok olması gibi hastalıklar görülür.

Ender görülen ama dramatik bir komplikasyon "kötücül nöroleptik sendromu"yla ortaya çıkar ve tüm yaşamı kapsayan bir değerlendirme gerektirir. Yüksek ateş, yaygın bir kas sertleşmesi ve yoğun solunum ve dolaşım rahatsız-

lıkları ortaya çıktığında acil tıbbi müdahale gerekli olur ve bu rahatsızlıklar tedavi edilmediğinde (nöroleptiklerin kesilmesi ve tıbbi reanimasyon) yüksek bir ölüm riski ortaya çıkar. Gene, bu bağlamda, havalandırma olmadan yüksek bir hararet ortamında "sıcak çarpması"ndan söz edilebilir.

Nihayet, nöroleptikler, özellikle dozlar yüksek olduğunda ruhsal mekanizmayı değiştireceklerdir: bilişsel işlevlerin yavaşlaması, özellikle psikiyatri hastanesinde yattığında insanlarla ilişkileri çok sınırlı olan otistik hastayı, hastalığı şiddetlendirme riski taşıyan aşırı bir rahatlık ve hareketsizlik.

## IV. – Yeni antipsikotikler ya da "atipik nöroleptikler"

Klasik nöroleptiklerin etki sınırları ve yan etkileri klinikçileri ve araştırmacıları en azından bu ürünlerin bütün sakıncalarını taşımayacak yeni moleküller aramaya itmiştir. Klozapin uzun zamandan beri biliniyordu ama ender görülmekle birlikte çok ağır komplikasyonları nedeniyle piyasadan çekilmişti: alyuvarların seyrekleşmesi ya da kaybolması. İnatçı şizofrenilerdeki etkinliği nedeniyle yeniden piyasaya sürülmüştür. Etki biçimi esasen serotonin alanlar üstündeki ters etkisiyle özgündür. Klazopinden sonra birçok yeni ürün çıkmıştır: sözgelimi, satışına izin verilen Risperidon ve Olanzapin. Arkadan başkaları gelmiştir: Ziprazidon, Sertindol, Ketiyapin, Zakoprid, Fluperlapin vb. Amisülprid de atipik kabul edilir.

## V. – Bilişsel ve davranışsal terapiler

Konsensüs konferansının sonuçlarının (1994) gösterdiği gibi, bu tedavilere Fransa'da temkinli yaklaşılmaktadır. Bununla birlikte, etkileri gerçek anlamda değerlendirilebilen tek tedavi biçimleri de bunlardır. "Bilginin işlenmesi" modeline dayanırlar. Şizofrenik rahatsızlıkların ortaya çıkmasını ve sürmesini üç faktöre bağlarlar: 1/ çevre uyaranlarının bilişsel bağlamda süzülmesinde bir anormallik bulunması; 2/ fizik ve psiko-sosyal stres unsurlarının zararlı etkileri; 3/ iletişimin bozulması. Bu üç tip anormallik tedavinin amaçları olur.

"Marka, jeton biriktirme" yoluyla öğretim programları, amaçlanan davranış biçimlerinin doğrudan, pozitif biçimde güçlendirilmesine olanak sağlarlar. Sosyal kapasite alıştırmaları nispeten topluma yeniden kazandırma yollarını açarlar.

## VI. – Sosyoterapi, rehabilitasyon, yeniden uyarlama, yeniden katılma

G. Vidon'a göre (*Konsensüs Konferansı* içinde, 1994), ABD 1955-1980 arasında psikiyatri hastanelerindeki yatak kapasitesini yüzde 80 oranında düşürmüştür ve bu uygulama "binlerce şizofreni umutsuzluğa düşürmüştür." Gerçekten de, bu hastaların çoğu, ara kurumlar olmayınca topluma yeniden uyarlanma ve katılma konusunda sorunlar yaşamışlardır: aylaklık, yalnızlık, marjinalleşme, dışlanma, istismar, sokakta kalma ve amaçsızlık... Almanya, İngiltere,

Fransa'da "kurumsal psikoterapi" hareketi gelişmiştir: hastanede, gündüz hastaneleri tipinde tedavi sonra bakım yerlerinde, gece hastanelerinde, tedavi ya da topluma kazandırmaya yönelik evler, tedavi atölyeleri vb. Bazı özel kurumlar bu uygulama ve kuramı çok ileri götürmüşler, bu bağlamda psikanalizin teorik temelini ve karmaşık teorileri desteklemişlerdir. Tedavilerin süreklilik kazanabilmesi için bu uygulamalarla ilgili olarak güçlü bir donanıma sahip tutarlı bir tedavi ekibi gereklidir. Bir başhekim yönetiminde uygulanan tedavinin bu kronik hastalarla ilgilenme konusunda en etkili yol olduğu sanılmaktadır. Bunların büyük bölümü tam bir özerkliğe sahip olamazlar, destek ve yardıma ihtiyaçları vardır. Şunu da belirtmek gerekir ki, psikopatolojinin ve psikotik engelin sosyal boyutuna ve psiko-sosyoterapiye çok fazla angaje olmuş tedavi uzmanlarının ilaca ve psikiyatrik tedaviye karşı olmaları sadece ilaç tedavisinin getireceği risklerin zıddı bir risk getirebilir.

"Döner kapı" ya da "turnike" sendromundan söz ettik: bu kısa süreli ama sık sık gerçekleşen hastane tedavilerinin, kısa süreli bu hastane yaşamlarının da bazı sakıncaları vardır, çünkü hastanın istikrarını bozabilirler, onu daha kırılgan hale getirebilirler, yapısını bozabilirler ve intihar riskini artırabilirler. Zor dönemlerde "kriz müdahaleleri" gereklidir. Hastalığın nüksetme durumları hastane dışındaki tedavilerin yoğunluğu ve isabetiyle ters orantılıdır. Her tedavi ekibi kendilerine verilen talimatların ötesinde özgün ve yaratıcı tedaviler uygulayabilmelidir.

Nihayet, çoğu zaman akıl hastalarının topluma ve mesleki ortama yeniden kazandırılmaları konusunda ısrarlı isteklerin ve öte yandan da performansları, randımanı,

hareketliliği ve rekabetçi bireyciliği ön plana çıkaran teknikleşmiş, bürokratikleştirilmiş ve değişken bir toplum arasındaki çelişkilerin unutulmaması gerekir. Şizofrenilerin daha geleneksel ve daha kırsal toplumlarda daha etkin ve doğru biçimde değerlendirilmesinin nedeni bu olsa gerek!

Dünya Sağlık Örgütü, birincil, ikincil ve üçüncül önlemlere bir dördüncüsünü ekliyor şimdi: akıl hastalıklarını kınanan ve ayıplanan bir hastalık olmaktan çıkarmak. Şizofreni bağlamında çok iddialı bir amaçtır bu.

VI. Bölüm

# ŞİZOFRENİNİN BEDELİ

Şizofreninin insani bedeli çok ağırdır: ruhsal sıkıntılar, sosyal ve mesleki uyumsuzluk, marjinalleşme, intihar. Bu hastalık aynı zamanda suç işlemeye yatkın, potansiyel kurbanlar da yaratır. Öte yandan, ekonomik bedeli de vardır bunun ve gitgide daha fazla ilgilenilmektedir bu konuyla, çünkü topluma yeniden kazandırılan bu hastalarla ilgilenmek gitgide daha pahalıya mal olmaktadır. Dolayısıyla, tıbbi-ekonomik (ve eczacılıkla ilgili ekonomik) araştırmalar artırılmıştır. Amerikan Psikiyatri Derneği'ne göre, şizofreni ABD'de doğrudan sağlık harcamalarının yüzde 2,5'una denk düşer ve bu rakam 1990'lı yılların başında 16-19 milyar dolara denk düşmektedir. Üretim kaybı ve ailelerin etkilenmesinden kaynaklanan dolaylı bedelin ise 46 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir ve ağır şizofrenler bağlamında işsizlik oranı yüzde 80'dir. Şizofrenler yüzde yüz engellilerin yüzde 10'unu oluştururlar. Nihayet, bunların evsiz-barksız olanlarının üçte biri psikiyatrik hastalar ve özellikle de şizofrendirler.

Fransa'yla ilgili olarak bazı rakamlar vardır elimizde (F. Rouillon *ve arkadaşları*, 1997). Fransa'da 300.000 şizofren olduğu sanılmaktadır ve bunların 225.000'i tedavi görmektedir. Sağlık harcamalarının yüzde 12,5'i şizofreniye ayrılmıştır (30 Ekim 1992 tarihli resmi gazete) ve bu rakam Batı ülkelerinin gayrı safi milli hasılasının yaklaşık yüzde 10'una denk düşer. Resmi sağlık kuruluşlarında, düzenli muayene olan ya da hastanede yatan aktif hasta sayısı yılda 700.000'dir, bunların yüzde 23'ü şizofrendir (yaklaşık 161.000 hasta); bunlara özel hastanelerde tedavi gören 53.000 hastayı eklemek gerekir (özel hastanelerdeki 1 şizofrene karşılık kamu sektöründe 3 şizofren). Eldeki rakamlara göre, 494 şizofrenden hastanede tedavi görenlerin sayısı ortalama olarak 4'ten azdır: ortalama olarak, geceli gündüzlü, yirmi iki aylık bir hastane yaşamı ve yirmi altı aylık sadece gündüzlü bir hastane yaşamı. Bu hastaların yarısı yıl içinde en az bir kez hastaneye kaldırılmıştır. Muayene ritmi genellikle hem özel hastanelerde hem devlet hastanelerinde ayda birdir. Bu hastaların hemen hemen hepsi psikotrop ilaçlar kullanırlar ve bu ilaçların çoğu nöroleptiktir.

Yıllık ortalama global maliyet hasta başına 57.750 Franktır: yüzde 55'i hastane harcamaları, yüzde 30'u ara kurumlarda yapılan harcamalar, yüzde 5'i ilaç harcamaları ve yüzde 10'u da muayene giderleridir. Global sosyal yardım harcamaları da eklendiğinde bu rakam 100.000 Franka çıkar. Yıllık yönetim harcamaları sosyal yardım konusunda 7.000 Frank ve 22.900 Franktır ve 826.000 Franklık global bir harcamaya denk düşer bu.

Fransa'da tedavi edilen 220.000 şizofrene göre hesaplanan tedavi masrafları yaklaşık 12,7 milyar Franktır ve

buna 5 milyar Franklık sosyal yardım harcamalarını eklemek gerekir. Fransa'da akıl hastalıklarıyla ilgili global bütçe 31,1 milyar Franktır (30 Kasım 1992 tarihli *Resmi Gazete*); bu bütçenin 28,6 milyarı hastanelere, 1,9 milyarı muayenelere ve 0,6 milyarı ilaca ayrılmıştır. Şizofrenler psikiyatri hastanelerinde yatan hastaların yüzde 34'ünü, muayene olan hastaların da yüzde 15-20'sini oluştururlar. Dolayısıyla, şizofrenlerin tedavisi için her yıl 10,2 milyar Frank harcandığı söylenebilir.

Fransa'da tedavi harcamaları İngiltere'ye göre çok yüksektir (İngiltere'deki psikiyatr sayısı Fransa'dakinden üç kat azdır). Bu harcamalar Hollanda'nın harcamalarından da biraz yüksektir (ama bu ülkede şizofreni teşhisi konusundaki anlayış biraz daha kısıtlayıcıdır: hasta oranı yüzde 0,6'dır). Buna karşılık, tedavi masrafları bağlamında İsveç'le bir benzerlik söz konusudur. ABD'de ise sağlık harcamaları ve şizofreninin maliyeti çok daha yüksektir. Gunderson ve Mosher 1975'te şizofreninin global maliyetini gayrı safi milli hasılanın yüzde 2'si, yani yılda 2-3 milyar Sterlin olarak hesaplamışlardı. İngiltere gayrı safi milli hasılasının her yıl yüzde 6'sını sağlığa ayırır ve bu rakam Batı ülkelerinde görülen en düşük rakamdır: ABD'de de yüzde 14'tür bu rakam ve bu bütçenin yüzde 14'ü de akıl hastalıkları tedavisine ayrılır ve en büyük payı da şizofrenler alır. Gene ABD'de şizofrenlerin yüzde 70-80'i işsizdir ve tekrar işe girmeleri mümkün değildir. Onlara güvenli bir iş bulmak kesinlikle tedaviye bağlıdır ama maliyeti yüksektir bunun. Öte yandan, tartışmalar akıl hastalıklarına ayrılan bütçelerin nasıl kullanılacağı konusunda yoğunlaşmaktadır. Bu paralar esasen tıbbi

psikiyatrik tedaviye mi ayrılmalıdır, yoksa bütçenin büyük bölümü psiko-sosyal önlemler, özellikle tıbbi tedaviye ayrılan payın feda edilmesi pahasına uygun barınma yerleri, uygun yaşam koşulları için mi harcanmalıdır? ABD'de şizofrenlerin en azından yüzde 25'inin barınağı yoktur ama bunların yüzde 25-50'si de hiçbir biçimde tedavi görmez.

Harcama-etkinlik ilişkisi araştırmalarından çıkan sonuçlara göre, bazı tedavi yöntemleri harcamaları azaltmaktadır (H. Meltzer). Şizofrenilerin tedavisi için yapılan harcamaların yüzde 15-20'si tedavilere direnç gösteren şizofrenlere ayrılmıştır. Yıllık doğrudan harcamaların 20 milyar Dolara ulaştığı tahmin edilmektedir. Şizofrenide hastalığın tekrarlaması yaşam boyu tedaviyle aynı paralara mal olmaktadır. Bu veriler daha etkili ve yaşam kalitesini ve rehabilitasyonu iyileştiren daha etkili antipsikotik yeni ilaç araştırmalarını desteklemek amacıyla verilmektedir.

Sözgelimi, yıllarca önce, Stockholm'deki bir psikiyatri merkezinde, tekrarlayan şizofrenilerin maliyeti hesaplanmıştır. Sıradan bir tekrarlama durumunda bu rakam 10 ya da 20.000 Dolara yükselmiştir ve gündelik harcamaların 2.000 İsveç Kronu olduğu tahmin edilir (B. Wistedt, 1992, Karolinska Enstitüsü). Bu tekrarlamanın bedeli yüz yıllık ilaç tedavisi harcamalarıyla eşdeğerdir.

Şizofreni çok pahalıya mal olan bir patolojidir ve yeniden topluma kazandırma, rehabilitasyon ve toplum içinde yaşam kalitesiyle ilgili insani gereklilikler yüzünden harcamalar artar. Nöroleptikler akıl hastalarının hastane dışında kalmaları açısından güçlü bir çaredir. Hastane dışında kalmayı, hastaya özerklik vermeyi ve ona belli bir mesleki özerklik kazandırmayı sağlayan her tedavi kamu-

sal sağlık alanında ekonomiye katkı getirir. Piyasaya çıkmış ya da çıkacak olan yeni antipsikotikler şizofrenlerin durumunu daha da iyileştirecektir. Bunlar rasyonel biçimde ve kabul edilen kurallara göre kullanıldıklarında bir ekonomi faktörü olacaklardır kesinlikle.

# ŞİZOFRENİ

MARC-LOUIS BOURGEOIS

Türkçesi: İSMAİL YERGUZ

**ŞİZOFRENİ KONUSUNDAKİ ARAŞTIRMALAR YÜZ YILDAN FAZLA BİR ZAMANA TARİHLENİYOR VE SÜREÇ İÇİNDE ELDE EDİLEN BULGULARLA BU PATOLOJİNİN KLİNİK OLDUĞU KADAR TOPLUMSAL YANSIMALARINA DAİR ÇOK ŞEY SÖYLEMEK OLANAĞI ARTIK MEVCUT. PSİKİYATRİNİN BÜYÜK GİZEMLERİNDEN BİRİ OLARAK GÖRÜLEN ŞİZOFRENİNİN BİREY ÜZERİNDE YARATTIĞI ÇÖKÜNTÜ TÜM BOYUTLARIYLA İNCELENİYOR BU ÇALIŞMADA. HETEROJEN BİR TANI GRUBUNU OLUŞTURAN TEKİL SEMPTOMLARIN NE ÖLÇÜDE ÇEŞİTLİLİK GÖSTERDİĞİ, TEDAVİ İÇİN ÖNERİLEN YOLLARIN NE OLDUĞU VE BU ÇARELERDEN NE DERECE FAYDA SAĞLANDIĞI, TEDAVİ İÇİN AYRILAN SOSYAL FONLARIN ŞİZOFRENİNİN TOPLUMA MALİYETİ KONUSUNDA NASIL BİR FATURA ÇIKARDIĞI BU ÇALIŞMANIN ODAKLANDIĞI SORUNLAR ARASINDA.**

Kültür Kitaplığı: 81; Psikoloji: 8







D